



La vie et l'œuvre scientifique d'Augustin Morvan, médecin de campagne à Lannilis au XIXe siècle

Florian Le Gall

► To cite this version:

Florian Le Gall. La vie et l'œuvre scientifique d'Augustin Morvan, médecin de campagne à Lannilis au XIXe siècle. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-01165626

HAL Id: dumas-01165626

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01165626>

Submitted on 19 Jun 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives| 4.0
International License

Année 2013

N°

**LA VIE ET L'ŒUVRE SCIENTIFIQUE D'AUGUSTIN MORVAN,
MÉDECIN DE CAMPAGNE À LANNILIS AU XIX^e SIÈCLE**

THÈSE DE DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'État

Par

Florian LE GALL

Né le 28 mai 1982 à Landerneau

Sous la direction du Pr Fabien Zagnoli

Présentée et soutenue publiquement le 26 février 2013

Président

Monsieur le Professeur LE NEN

Membres du Jury

Monsieur le Professeur CÉNAC
Monsieur le Professeur ZAGNOLI
Monsieur le Docteur L'HÉVÉDER

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE B R E S T

DOYENS HONORAIRES : Professeur H. H. FLOCH

Professeur G. LE MENN (†)

Professeur B. SENECAIL

Professeur J. M. BOLES

Professeur Y. BIZAIS (†)

Professeur M. DE BRAEKELEER

DOYEN

Professeur C. BERTHOU

PROFESSEURS EMERITES

Professeur BARRA Jean-Aubert

Chirurgie Thoracique & Cardiovasculaire

Professeur LAZARTIGUES Alain

Pédopsychiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES EN SURNOMBRE

Professeur BLANC Jean-Jacques

Cardiologie

Professeur CENAC Arnaud

Médecine Interne

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

BOLES Jean-Michel	Réanimation Médicale
FEREC Claude	Génétique
GARRE Michel	Maladies Infectieuses-Maladies tropicales
MOTTIER Dominique	Thérapeutique

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1^{ERE} CLASSE

ABGRALL Jean-François	Hématologie - Transfusion
BOSCHAT Jacques	Cardiologie & Maladies Vasculaires
BRESSOLLETTE Luc	Médecine Vasculaire
COCHENER - LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
COLLET Michel	Gynécologie - Obstétrique
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DE BRAEKELEER Marc	Génétique
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine & Santé au Travail
FENOLL Bertrand	Chirurgie Infantile
GOUNY Pierre	Chirurgie Vasculaire
JOUQUAN Jean	Médecine Interne
KERLAN Véronique	Endocrinologie, Diabète & maladies métaboliques
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEJEUNE Benoist	Epidémiologie, Economie de la santé & de la prévention
LEHN Pierre	Biologie Cellulaire
LEROYER Christophe	Pneumologie
LE MEUR Yannick	Néphrologie

LE NEN Dominique
LOZAC'H Patrick
MANSOURATI Jacques
OZIER Yves
REMY-NERIS Olivier
ROBASZKIEWICZ Michel
SENECAIL Bernard
SIZUN Jacques
TILLY - GENTRIC Armelle

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Digestive
Cardiologie
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Médecine Physique et Réadaptation
Gastroentérologie - Hépatologie
Anatomie
Pédiatrie
Gériatrie & biologie du vieillissement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2^{EME} CLASSE

BAIL Jean-Pierre
BERTHOU Christian
BEZON Eric
BLONDEL Marc
BOTBOL Michel
CARRE Jean-Luc
COUTURAUD Francis
DAM HIEU Phong
DEHNI Nidal
DELARUE Jacques
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie
DUBRANA Frédéric
FOURNIER Georges
GILARD Martine
GIROUX-METGES Marie-Agnès
HU Weigo

LACUT Karine

Chirurgie Digestive
Hématologie – Transfusion
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Biologie cellulaire
Psychiatrie Infantile
Biochimie et Biologie moléculaire
Pneumologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Nutrition
Rhumatologie
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Urologie
Cardiologie
Physiologie
**Chirurgie plastique, reconstructrice et
esthétique ; brûlologie**
Thérapeutique

LE GAL Grégoire
LE MARECHAL Cédric
L'HER Erwan
MARIANOWSKI Rémi
MISERY Laurent
NEVEZ Gilles
NONENT Michel
NOUSBAUM Jean-Baptiste
PAYAN Christopher
PRADIER Olivier
RENAUDINEAU Yves
RICHE Christian
SALAUN Pierre-Yves
SARAUX Alain
STINDEL Eric

TIMSIT Serge
VALERI Antoine
WALTER Michel

Médecine interne
Génétique
Réanimation Médicale
Oto. Rhino. Laryngologie
Dermatologie - Vénérologie
Parasitologie et Mycologie
Radiologie & Imagerie médicale
Gastroentérologie - Hépatologie
Bactériologie – Virologie; Hygiène
Cancérologie - Radiothérapie
Immunologie
Pharmacologie fondamentale
Biophysique et Médecine Nucléaire
Rhumatologie
**Biostatistiques, Informatique Médicale
et technologies de communication**
Neurologie
Urologie
Psychiatrie d'Adultes

PROFESSEURS ASSOCIES

LE RESTE Jean Yves

Médecine Générale

<p style="text-align: center;">MAÎTRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p style="text-align: center;">PRATICIENS HOSPITALIERS</p>

HORS CLASSE

ABALAIN-COLLOC Marie Louise	Bactériologie – Virologie ; Hygiène
AMET Yolande	Biochimie et Biologie moléculaire
LE MEVEL Jean Claude	Physiologie
LUCAS Danièle	Biochimie et Biologie moléculaire
RATANASAVANH Damrong	Pharmacologie fondamentale
SEBERT Philippe	Physiologie

1ERE CLASSE

ABALAIN Jean-Hervé	Biochimie et Biologie moléculaire
AMICE Jean	Cytologie et Histologie
CHEZE-LE REST Catherine	Biophysique et Médecine nucléaire
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
JAMIN Christophe	Immunologie
MIALON Philippe	Physiologie
MOREL Frédéric	Médecine & biologie du développement et de la reproduction
PERSON Hervé	Anatomie
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
UGO Valérie	Hématologie, transfusion
VALLET Sophie	Bactériologie – Virologie ; Hygiène
VOLANT Alain	Anatomie et Cytologie Pathologiques

2EME CLASSE

DELLUC Aurélien	Médecine interne
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses-Maladies tropicales
LE GAC Gérald	Génétique
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
QUERELLOU Solène	Biophysique et Médecine nucléaire
SEIZEUR Romuald	Anatomie-Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES - CHAIRE INSERM

MIGNEN Olivier	Physiologie
-----------------------	--------------------

MAITRES DE CONFERENCES

AMOUREUX Rémy	Psychologie
HAXAIRE Claudie	Sociologie - Démographie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MONTIER Tristan	Biochimie et biologie moléculaire
MORIN Vincent	Electronique et Informatique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES MI-TEMPS

BARRAINE Pierre**Médecine Générale****LE FLOC'H Bernard****Médecine Générale****NABBE Patrice****Médecine Générale****AGREGES DU SECOND DEGRE**

MONOT Alain**Français****RIOU Morgan****Anglais***Septembre 2011*

À ma grand-mère, Séraphine Le Guen[†]
Qui voulut mais ne put devenir infirmière
Je pense à toi

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Fabien Zagnoli

Qui me soutint avec enthousiasme dans mon projet de thèse et accepta d'en prendre la direction. Vos conseils et vos encouragements furent précieux.

Merci pour vos multiples relectures : je pense vous devoir quelques paquets de café.

À Monsieur le président, Monsieur le Professeur Le Nen

Qui fut mon enseignant à la faculté de médecine et dont je sais l'intérêt pour l'histoire de la médecine. Je suis très honoré que vous ayez accepté de présider ce travail.

À Monsieur le Professeur Cénac

Qui fut également l'un de mes enseignants et référent en épistémologie médicale. Je vous sais gré d'avoir accepté de juger ce travail.

À Monsieur le Docteur L'Hévéder

Il me semblait naturel qu'un neurophysiologiste soit intéressé par l'œuvre d'Augustin Morvan. Soyez remercié de votre présence dans ce jury.

À tout ceux qui me formèrent à la médecine

Aux enseignants de la faculté de médecine de Brest,

Aux membres du personnel des services hospitaliers qui m'accueillirent pendant mon internat : services des urgences du CHU de Brest, de pneumologie de l'hôpital de Quimper, de pédiatrie de l'hôpital de Quimper, de gériatrie de l'hôpital de Morlaix, d'endocrinologie de l'hôpital de Quimper,

À Monsieur le docteur Jean-Pierre Morvan,

À monsieur le docteur Yves Coquart et à son épouse.

À Monsieur le Docteur Olivier Walusinski

Que je n'ai jamais rencontré mais avec qui j'ai longuement correspondu. Vous êtes le premier à m'avoir encouragé dans le choix du sujet de ma thèse. Votre connaissance de l'histoire de la neurologie fut précieuse. Merci pour votre relecture et votre aide dans les recherches bibliographiques et iconographiques.

À Monsieur le Docteur Ambroise Menou

Je te remercie pour ton accueil chaleureux, ta nonchalance bienveillante, et ton humour. J'aimerais que tu te mettes à écrire l'histoire de ton île. Amitiés sincères.

À mon père et à ma mère. À ma petite sœur Anaïs

Pour leur amour et leur soutien sans faille à chaque moment de ma vie. Pour m'avoir toujours encouragé dans mes études. Reconnaissance éternelle.

À ma famille

Parce qu'elle est ce que j'ai de plus précieux.

À mes amis

A ceux qui m'accompagnent chaque jour, à ceux que j'aimerais voir plus souvent, à ceux que j'ai perdu de vue. Soyez assurés de ma fidélité et de mon affection sincère.

À Nathalie

Qui me supporte au quotidien.
Avec qui je construis mon avenir.

Remerciements bibliographiques

Bibliothèque Yves Le Gallo du Centre de Recherche Bretonne et Celtique, Université de Bretagne Occidentale, Brest.

Dans laquelle j'ai passé de nombreuses heures de recherche et à la rédaction de mon travail, bénéficiant de la grande gentillesse et de l'efficacité de son personnel.

Bibliothèque de la faculté de médecine, Université de Bretagne Occidentale, Brest.

Qui m'a accueilli pendant toutes mes études de médecine, de la préparation du concours de première année à celle des ECN, et pendant la rédaction de ma thèse. À l'ensemble du personnel et plus particulièrement à Mme Nicolas-Guihot du service de prêt entre bibliothèque qui a su me dénicher un rare document sur Zambaco-Pacha.

Archives départementales du Finistère (Quimper).

Où l'on trouve l'introuvable grâce au dévouement de son équipe.

Bibliothèque de l'Académie Nationale de Médecine, Paris.

À M. Damien Blanchard qui m'accueillit dans la bibliothèque de l'illustre institution et me permit d'user de certains documents iconographiques.

Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine, Paris.

Dans laquelle je ne me suis jamais rendu, mais qui fait le colossal travail de rendre disponible en ligne les trésors de l'histoire de la médecine. Ce travail aurait été impossible sans ces archives. À Mme Estelle Lambert, conservatrice, pour son autorisation d'utilisation de l'iconographie de la bibliothèque.

Et également :

Bibliothèque Études de la ville de Brest

Bibliothèque en ligne J.-M. Charcot de l'Université Pierre et Marie Curie

Bibliothèque en ligne Gallica de la BnF

Bibliothèque en ligne Google Books

Librairie universelle en ligne archives.org, Open Library Project



Augustin Marie Morvan (1819-1897)

Chirurgien de Marine
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Maire de Lannilis
Conseiller général du Finistère
Député à l'Assemblée Nationale
Chevalier de la Légion d'honneur

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	1
INTRODUCTION	2
I. LA VIE D'AUGUSTIN MORVAN (1819-1897)	4
1. ENFANCE D'AUGUSTIN MORVAN	4
2. ÉTUDES MÉDICALES.....	6
3. RETOUR À LANNILIS ET EXERCICE MÉDICAL.....	10
4. VIE FAMILIALE À LANNILIS.....	13
II. AUGUSTIN MORVAN : HOMME POLITIQUE.....	16
1. MAIRIE DE LANNILIS ET CONSEIL GÉNÉRAL DU FINISTÈRE (1848-1870).	18
<i>Action politique locale d'Augustin Morvan.....</i>	<i>19</i>
2. ANNÉES PARLEMENTAIRES (1871-1877)	26
<i>Une élection sous tension.....</i>	<i>26</i>
<i>A l'assemblée nationale : la ligne républicaine</i>	<i>28</i>
<i>Un destin croisé avec Théophile Roussel : Aide aux indigents et protection de l'enfance.....</i>	<i>29</i>
<i>Morvan en conflit avec le clergé ?</i>	<i>31</i>
3. FIN DE CARRIÈRE POLITIQUE (1877-1884).....	34
4. ENGAGEMENT SYNDICAL ET MUTUALISTE : LA LUTTE CONTRE L'EXERCICE ILLÉGAL..	36
5. UN ENGAGEMENT AU SERVICE DU PEUPLE OU AU SERVICE DES IDÉES ?	38
III. CONTRIBUTIONS SCIENTIFIQUES D'AUGUSTIN MORVAN	40
1. THÈSE SUR LES ANÉVRYSMES VARIQUEUX	43
<i>Anévrismes variqueux et prolongements actuels.....</i>	<i>43</i>
<i>Conclusion sur le travail de thèse de Morvan.....</i>	<i>46</i>
2. DE LA FRACTURE DE LA CAVITÉ GLÉNOÏDE DU TEMPORAL.....	47
<i>La théorie des contre-coups.....</i>	<i>47</i>
<i>Du saignement à l'oreille, à la suite de violences sur le menton</i>	<i>48</i>
<i>De la fracture de la cavité glénoïde du temporal, à la suite de violences sur le menton</i>	<i>51</i>
<i>Une première publication prometteuse.....</i>	<i>52</i>
3. DU MYXŒDÈME EN BASSE BRETAGNE.....	54
<i>Lettre à Charcot, novembre 1875</i>	<i>54</i>
<i>Analyse comparative de la description clinique.....</i>	<i>56</i>
<i>Réponse de Charcot et avancées scientifiques de 1875 à 1881</i>	<i>58</i>
<i>Publication de Morvan, août 1881</i>	<i>60</i>
<i>Pour conclure sur le myxœdème</i>	<i>65</i>
4. LA PARÉSIE ANALGÉSIQUE À PANARIS : LA MALADIE DE MORVAN.....	67
<i>Description initiale de Morvan : caractéristiques cliniques.....</i>	<i>67</i>
<i>Débats autour de la maladie de Morvan</i>	<i>70</i>
<i>Le mystère non résolu de la maladie de Morvan en Bretagne.....</i>	<i>77</i>
5. DE L'ONYXIS MALIN ET DE SON TRAITEMENT PAR L'IODOFORME.....	82
<i>A propos de l'onyxis malin.....</i>	<i>82</i>
<i>Traitement historique de l'onyxis malin</i>	<i>83</i>
<i>Proposition thérapeutique de Morvan</i>	<i>84</i>
<i>Conclusion sur l'onyxis malin.....</i>	<i>85</i>
6. LA CHORÉE FIBRILLAIRE : LE SYNDROME DE MORVAN.....	87
<i>Publication de Morvan, avril 1890.....</i>	<i>87</i>
<i>Évolution des connaissances scientifique au XX^e et XXI^e siècle</i>	<i>92</i>
7. UN ESPRIT SCIENTIFIQUE INFLUENCÉ PAR SON ÉPOQUE.....	103

IV. FIN DE VIE ET POSTÉRITÉ D'AUGUSTIN MORVAN.....	105
1. FIN DE VIE D'AUGUSTIN MORVAN	105
2. CENTRE HOSPITALIER AUGUSTIN MORVAN DE BREST	107
3. AUGUSTIN MORVAN ET LOUIS-FERDINAND CÉLINE	109
4. DEUX ROMANS SUR LA VIE DE MORVAN	111
CONCLUSION.....	113
BIBLIOGRAPHIE.....	114
TABLE DES FIGURES ET NOTICES DE COPYRIGHT.....	123
ANNEXES	127
ANNEXE 1 – BULLETINS DE NAISSANCE ET DE DÉCÈS DE MORVAN	127
ANNEXE 2 – TRAVAUX SCIENTIFIQUES D'AUGUSTIN MORVAN.....	128
ANNEXE 3 – ARBRE GÉNÉALOGIQUE	129

PRÉAMBULE

L'ÉCRITURE de la biographie d'un personnage depuis longtemps disparu est un exercice délicat. Elle implique de travailler au travers de sources indirectes, qui peuvent aussi bien rapporter des éléments factuels que des anecdotes issues de la tradition populaire. Les premières décrivent une réalité froide, au travers des archives administratives, des témoignages écrits ou des coupures d'époque. Elles sont le point de départ de notre travail. Aussi objectives qu'elles soient, ces sources nécessitent une mise en contexte permanente afin d'être correctement appréhendées par le lecteur contemporain. Les secondes ne sont pas moins intéressantes : s'il est délicat de juger *a posteriori* de l'authenticité de tel ou tel élément rapporté par la tradition orale, ces anecdotes nous apportent cependant de nombreuses informations. Elles sont en effet le témoignage de la perception populaire du sujet de notre étude, de sa légende. À ce titre, elles sont aussi nécessaires que les sources historiques, sous réserve d'être explicitement citées pour ce qu'elles sont.

Quel regard, nécessairement subjectif, faut-il porter sur des événements datant de cent-cinquante ans ? Cette question, nous nous la sommes posée tout au long de la rédaction de cette thèse, qu'il s'agisse de commenter la situation politique lannilisienne au XIX^e ou de critiquer les recherches scientifiques d'Augustin Morvan à la lumière des connaissances actuelles. C'est encore grâce à la mise en contexte historique de chaque élément que l'écueil d'un jugement péremptoire peut-être évité. Cela implique d'élargir les recherches vers les sujets connexes à notre étude, tout en prenant garde à ne pas s'éloigner de l'objectif initial

Augustin Morvan fut donc pour nous le sujet d'un travail stimulant et formateur, de par son approche à la fois historique et scientifique. Il fut également l'occasion d'étudier les formidables progrès accomplis par la médecine au cours et depuis le XIX^e siècle.

Un dernier mot. L'auteur d'une biographie s'attache naturellement à son sujet et de fait, nous nous sommes attachés à Augustin Morvan. C'est pourquoi ce travail n'échappe sans doute pas à une certaine tendance panégyrique. Nous nous sommes cependant astreints à restituer le plus objectivement possible les éléments de la biographie de Morvan.

INTRODUCTION

C ONNAÎTRE, SOIGNER, AIMER. La réflexion qui conduit au choix d'un sujet de thèse en médecine est un curieux processus. L'orientation scientifique de notre formation nous conduit bien souvent vers la réalisation d'une étude ou d'une revue de la littérature, avec l'idée de faire progresser les connaissances sur le sujet. C'est ainsi que la science avance. Le thésard peut également orienter son questionnement sur l'exercice médical en tant que tel, étudier les pratiques cliniques pour contribuer à les améliorer. C'est ainsi que la médecine évolue. Un troisième axe de recherche consiste en l'étude du patient et du médecin dans leur rapport à la maladie, au soin, aux questions éthiques et à la relation soignant-soigné. C'est ainsi que le médecin gagne en humanité.

Ces trois grandes thématiques de dissertation, plébiscitées par les étudiants en doctorat de médecine, ne doivent rien au hasard. Elles sont le reflet de l'archétype du médecin tel qu'on se le représente, dans sa triple dimension d'homme de science, de soignant clinicien et d'humaniste. Cet archétype remonte à l'Antiquité, comme en attestent les textes du *père de la médecine*, Hippocrate de Cos. En cela, les figures classiques et modernes du médecin idéal sont très proches.

C'est cette réflexion qui a nourri notre volonté de nous pencher sur un sujet d'histoire de la médecine et plus précisément de réaliser un travail biographique sur un personnage représentatif de cette figure du médecin complet.

Si l'on choisit de traiter d'un sujet d'histoire de la médecine et que l'on étudie à Brest, on en vient assez naturellement à s'intéresser à la personne que fut Augustin Morvan (1819-1897). Il est en effet celui qui donna son nom au centre hospitalier rattaché à notre faculté. Peu de gens connaissent l'histoire de ce médecin breton, dont la réputation fut grande mais dont la postérité est restée dans l'ombre de celle du grand René Laennec de Quimper, de quarante ans son aîné.

Augustin Morvan fut pourtant à l'image même de l'archétype que nous avons décrit plus haut : médecin clinicien dévoué à sa patientèle et apprécié pour sa grande compétence, homme de science ayant à cœur de consigner et de publier chaque observation originale et enfin homme politique engagé dans la promotion de la santé publique et de l'aide aux plus démunis. Connaître, soigner, aimer. Il était donc le sujet idéal de notre exposé.

Les deux premières parties de ce travail proposent une synthèse biographique de la vie civile et politique de Morvan. Les éléments concernant la biographie d'Augustin Morvan sont éparpillés au sein de différents travaux et nous avons souhaité les rassembler en un seul endroit, afin de comprendre l'homme et son action dans le contexte politique et social de l'époque. Ce travail de synthèse biographique nous permet alors de mettre en exergue certains aspects de la carrière politique de Morvan qui nous intéressent spécialement, centrés sur son projet d'aide aux indigents, et sur son souhait de faire progresser la santé publique dans la France du XIX^e siècle. Ainsi, le projet et l'action politique de Morvan sont indissociables du reste de sa personne et laissent transparaître l'influence de sa formation médicale et de ses valeurs humanistes.

La troisième partie de cette thèse est consacrée aux contributions scientifiques du docteur Morvan, qui fut le premier observateur francophone à faire une description du myxœdème et qui laissa son nom à deux maladies neurologiques rares : la chorée fibrillaire de Morvan et la maladie de Morvan. Nous avons présenté ces découvertes dans le contexte médical de l'époque, puis proposé un aperçu des évolutions scientifiques contemporaines autour de ces travaux.

Enfin, un quatrième chapitre évoque la fin de vie et la postérité d'Augustin Morvan, et en particulier la décision qui a conduit à donner son nom à l'hôpital de Brest.

*
**

I. LA VIE D'AUGUSTIN MORVAN (1819-1897)

LE PREMIER chapitre de cette thèse est consacré à la biographie *civile* d'Augustin Morvan, de son enfance à sa vie familiale à Lannilis, en passant par ses études médicales et par les conditions de son exercice de médecin de campagne à Lannilis.

Peu de choses nous sont parvenues à propos de la vie d'Augustin Morvan. Les informations que nous possédons à ce sujet, nous les devons à l'érudit lannilisien Y. Nicolas (†), ancien secrétaire de Mairie et historien amateur, qui parcourut les archives et recueillit des témoignages vivants tant que cela était encore possible^[1]. La vie d'Augustin Morvan a également fait l'objet de deux romans qui sont étudiés à la fin de cette thèse mais qui ne constituent pas, à notre avis, des sources fiables (J.-M. Turpin^[2] et G. Desse^[3]). Voici ce que nous savons :

1. Enfance d'Augustin Morvan

Augustin-Marie Morvan est né sous la Restauration, le 7 février 1819, en le village de Foz Nevez de Lannilis, entre l'aber Wrac'h et l'aber Benoît. Il était le premier enfant du ménage composé par Louise-Marie-Prudence Floch et Jean-Marie Morvan, tous deux cultivateurs.

Au sujet des origines sociales de Morvan, l'historien Y. Le Gallo fait remarquer que les deux conjoints étaient fort probablement d'extraction inégale^[4] : Jean-Marie Morvan était originaire d'une modeste lignée de cultivateurs de Guissény, au cœur du Pays pagan, tandis que Louise Floch était issue d'une famille de la petite bourgeoisie paysanne de Lannilis. À leur mariage, la signature des registres témoigne de cette différence de classe sociale : l'aïeul maternel paraphe avec aisance tandis que le grand-père paternel déclare ne pas savoir écrire.

Si les deux époux étaient d'origine paysanne, ils n'allaient pas eux même vivre de la terre pendant bien longtemps. En effet, dès 1821, la famille Morvan s'installe au bourg de Lannilis pour y faire commerce de draps puis de grains. Cette faculté d'entreprendre allait de pair avec la volonté de procurer une solide éducation à leurs enfants, qui tous se virent accéder à un destin plus qu'honorable.

Outre le docteur Augustin Morvan, aîné de la fratrie et sujet de ce mémoire, le couple eut sept enfants : Charles devint chimiste, Édouard étudia à Polytechnique et

mourut à la guerre avec le grade de colonel d'artillerie, Louise épousa un certain Hélo, notaire à Plogastel-Saint-Germain, tandis que Marie épousa un capitaine d'Infanterie. Martial, le benjamin de la famille, fit comme ses aînés des études parisiennes mais, atteint de troubles mentaux, termina sa vie à l'asile de Quimper. Deux autres enfants moururent en bas âge. Si Augustin Morvan fut interne dans le réputé collège catholique de Lesneven, le reste de la fratrie étudia au collège public Joinville de Brest. Cette situation est exceptionnelle à plusieurs égards dans le contexte de l'époque : les études étaient fort onéreuses et il est remarquable que tous les garçons y eurent accès en dehors de toute préparation au sacerdoce. Il est en effet notable qu'aucun des frères Morvan ne fut destiné à la vie religieuse, qui représentait dans les campagnes l'une des seules motivations à la poursuite d'études supérieures. Aucun témoin ne rapporte pourtant que la famille Morvan eut des sentiments anticléricaux. On peut cependant supposer qu'ils furent partisans de l'instruction laïque, au regard des curriculum de leur progéniture.

Cette ascension sociale n'est cependant pas fortuite. On ne peut douter de l'intelligence des parents d'Augustin Morvan qui se lancèrent dans le commerce avec grand succès^[5]. S'ils naquirent tous deux cultivateurs, ils devinrent rapidement des membres de la petite bourgeoisie commerçante rurale.

Il faut également noter qu'il existait chez les Morvan/Floch une certaine tradition politique puisque Augustin Floch, grand père maternel et parrain du docteur, puis Jean-Marie Morvan furent chacun à leur tour adjoint au Maire de Lannilis.

De cette enfance lannilisienne, nous ne savons pas grand chose de plus, si ce n'est que le petit Augustin fut l'élève à Lannilis d'un instituteur nommé M. Laé, et qu'il poursuivit ses études au collège de Lesneven tout nouvellement créé par l'abbé Roudaut (1833), où il fut remarqué comme un écolier brillant et où il perfectionna très certainement son français, alors peu ou pas pratiqué dans les campagnes.

2. Études médicales

Comme tout bon élève du bas Léon désireux de poursuivre des études médicales, Augustin Morvan se présenta au concours de l'école de médecine navale de Brest et y fut reçu. Nous ne savons les dates exactes de son passage dans cet établissement, mais son dossier militaire indique qu'il est nommé chirurgien de la marine entretenu de troisième classe à partir du 18 juin 1839 (à l'âge de 20 ans).

L'école de médecine navale de Brest était alors, avec Rochefort et Toulon, l'un des trois lieux de l'enseignement médical, chirurgical et pharmaceutique de la Royale. Il s'agissait d'une école réputée qui disposait d'un vivier de blessés fort abondant recrutés parmi les marins et manœuvres du port, ainsi qu'au bagne de Brest. A partir des années 1820, un nouvel hôpital y fut construit sur décision du ministre Clermont-Tonnerre, associé à un jardin botanique, à un musée des sciences naturelles et à un musée d'anatomie normale et pathologique. Cet établissement pouvait accueillir, à partir de 1834, 1300 lits répartis en 27 salles^[6].

C'est dans cet environnement que le jeune Morvan reçut ses premières leçons de médecine, sous la direction du premier chirurgien en chef Louis Foullioy de Landerneau. Notons ici que le titre de chirurgien est bien différent de ce que l'on entend aujourd'hui. Par tradition, les praticiens militaires se nommeront *chirurgiens* jusqu'en 1865, alors que l'on enseignait dans ces écoles aussi bien la médecine que la chirurgie depuis 1798. Par ailleurs, le titre de chirurgien de marine de 1^{ère}, 2^{nde} ou 3^{ème} classe correspond à un grade

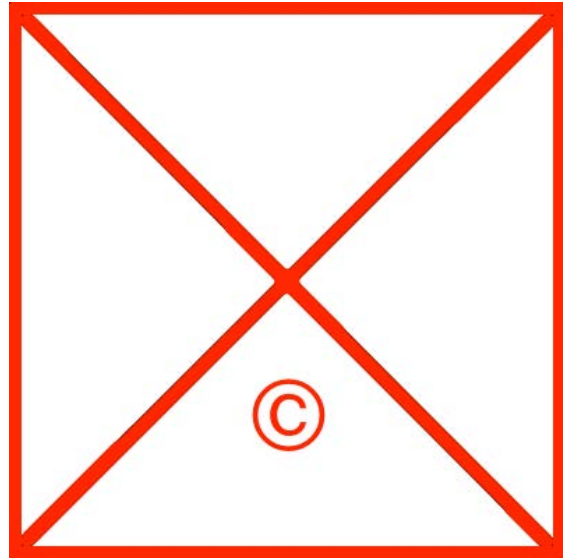


Figure 1 – Costumes du service de santé de la Marine par Goichon. Illustration conservée au musée de la Marine, Paris.

De gauche à droite :

Pharmacien de deuxième classe, petite tenue 1840

Chirurgien de première classe, redingote 1849

Chirurgien de première classe, grande tenue 1823

Médecin professeur, tenue facultative 1849

militaire et non à un niveau de compétence médicale : certains sont officiers de santé tandis que d'autres, beaucoup plus rares, sont docteurs en médecine*.

Toujours est-il que Morvan exerça le métier de chirurgien de la Marine pendant seulement deux ans, de 1839 à 1841. Il fut un temps embarqué comme en témoigne son affectation au tirage au sort de Lannilis pour le service militaire (24 mars 1840) mais on raconte qu'il souffrait du mal du mer et que c'est ce qui le conduisit à formuler sa demande de retrait du service, datée du 14 mai 1841 et acceptée par le ministre.

C'est alors vers la médecine civile que se tourna Augustin Morvan. Il quitta donc sa Bretagne pour rejoindre la capitale. Il y suivit l'externat et y prépara le concours de l'internat des hôpitaux de Paris, auquel il fut reçu en 1843. Il y fréquenta les services de plusieurs *patrons* de l'époque :

- Louis Benoit Guersant, médecin de l'hôpital des enfants, médecin consultant du Roi, membre de l'Académie.
- Noël Guéneau de Mussy, pionnier de la médecine ORL.
- Nicolas-Joseph Hervez de Chégoin de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie.
- René Marjolin, professeur de pathologie.

Mais c'est surtout auprès du célèbre chirurgien Auguste Nélaton (1807-1873) qu'Augustin Morvan va parfaire sa formation. Ainsi, il lui rend hommage en préliminaire de sa thèse de médecine :

« A mon maître,

M. NÉLATON,

*Je vous prie d'agréer cet
hommage comme un faible
témoignage de mon dévouement.
C'est à vous, d'ailleurs, qu'appar-
tiens l'idée première de cette
thèse ; c'est dans votre service que
j'ai recueilli les deux observations
qui en forment le fond, et, s'il y a
dans ce travail quelque chose de
bon, c'est à vos conseils que je le
devrais. »*

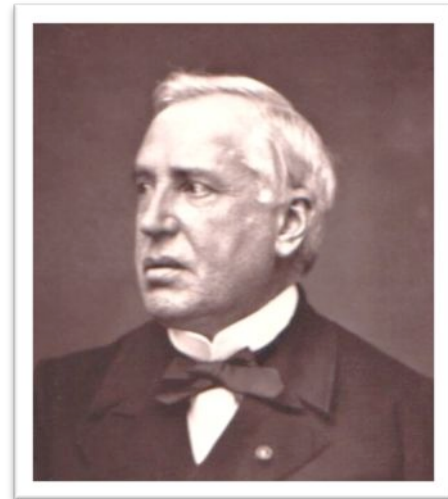


Figure 2 – Portrait d'Auguste Nélaton.
Publié dans *Galerie contemporaine des
illustrations françaises*, 1890

* La différence entre les deux corps médicaux (officiers de santé et docteurs en médecine) est précisée dans l'encart p.8

Nélaton n'était pas encore la célébrité qu'il allait devenir plus tard mais était déjà agrégé de chirurgie avec pour spécialité les tumeurs du sein, et chef d'un service de l'hôpital Saint-Louis. Il se rendit par la suite fameux en démontrant la présence d'un fragment de balle dans le pied de Garibaldi, puis en devenant chirurgien personnel de l'empereur Napoléon III et Sénateur Impérial. On peut imaginer que c'est auprès de Nélaton qu'Augustin Morvan acquit sa compétence médicale, mais surtout sa grande curiosité scientifique.

Si nous n'en avons trouvé trace, il est très probable que Morvan fut, pendant son internat, au contact des plus prometteurs médecins de cette génération : Paul Broca, Henri Verneuil, Ernest Lasègue et Claude Bernard fréquentèrent les salles de garde à la même époque.

Le 11 mars 1847, Augustin Morvan, *ex-chirurgien de la Marine royale et interne en médecine et en chirurgie des hospices civils de Paris*, présente et soutient sa thèse de doctorat en médecine sur le thème de l'anévrisme variqueux, proposé par Nélaton*.

Morvan a donc suivi deux cursus de formation à la médecine : celui des officiers de santé puis celui, universitaire, le menant vers le prestigieux doctorat. C'est donc bardé de diplômes qu'Augustin Morvan rejoignit sa Bretagne natale en 1847, à l'âge de 28 ans.

* Thèse étudiée dans le détail p. 40 et suivantes.

Officiers de santé et docteurs en médecine^[7]

La France du XIX^e siècle compte deux types de praticiens en médecine : les officiers de santé et les docteurs en médecine. À la fin de la Révolution, l'exercice de la médecine en France est règlementé (1803), ce qui conduit à la création d'un monopole partagé entre les officiers de santé, bénéficiant d'une formation plus courte en école de santé et destinés aux soins les plus simples, et les docteurs en médecine, érudits des universités et soignant généralement une patientèle plus aisée et urbaine. La création du statut d'officier de santé (1794) répond d'abord à un besoin urgent de former des personnes capables de soigner les blessés et malades des guerres révolutionnaires ou territoriales, mais aussi à la volonté affirmée d'endiguer l'exercice illégal de la médecine. Ces praticiens sont souvent enrôlés dans les forces armées mais peuvent continuer d'exercer leur métier d'officier de santé une fois retournés à la vie civile (le titre d'officier n'a ici pas de connotation militaire). Cet exercice est toutefois limité : ils ne peuvent pratiquer que dans un département à la fois, après avis d'un jury composé de docteurs et de professeurs et les « grandes opérations » leur sont interdites. Ces limites sont cependant toutes théoriques puisqu'ils sont bien souvent le seul recours à la médecine dans les campagnes. Le rapprochement entre les deux corps médicaux sera progressif au cours du XIX^e siècle. Les études des officiers de santé s'allongent progressivement pour atteindre la même durée que celles des docteurs vers 1880, ce qui entraîne les étudiants à préférer la voie doctorale. La loi du 30 novembre 1892 met finalement fin à cette dualité : « Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pas muni d'un diplôme de docteur en médecine ». Cette loi est fondatrice puisqu'elle fixe non seulement le monopole d'exercice, mais également le droit de se syndiquer, la déclaration obligatoire des maladies épidémiques...

L'historien J. Léonard rapporte que la formation militaire au métier d'officier de santé, suivie de quelques années de service actif en tant que chirurgien de marine permettait à des hommes d'extraction relativement modeste de débiter leur apprentissage de la médecine tout en économisant suffisamment pour pouvoir financer ensuite les études universitaires menant vers le doctorat^[8]. C'est probablement ce que fit Morvan, passant ainsi du statut d'officier de santé à celui de docteur en médecine.

3. Retour à Lannilis et exercice médical

Cette double formation qu'il reçut fit de lui un praticien compétent en médecine, mais également en petite chirurgie et traumatologie. Un tel bagage aurait pu lui ouvrir les portes des hôpitaux, ou celles d'un exercice urbain mais Morvan choisit, dès 1847, de pratiquer la médecine parmi les siens, dans la région des abers. Pourquoi fit-il ce choix ?

La tradition orale apporte à ce sujet une touchante explication : Morvan avait semble-t-il pour projet de s'installer à Brest, où ses compétences d'interniste lui auraient sans le moindre doute assurées une large clientèle. Alors que, décision prise, il quittait Lannilis pour rejoindre Brest, Morvan fut pris à mi-chemin de l'envie d'embrasser une dernière fois sa mère. Il la trouva en pleurs au domicile familial et, ému, lui fit la promesse de ne jamais plus la quitter^[9].

C'est ainsi qu'il s'installa à Lannilis, commune qui comptait 3361 âmes au recensement de 1846. Dans son fief natal exerçaient déjà deux médecins : les officiers de santé Salsac et Netienne avec qui Morvan entretenait, semble-t-il, de bons rapports. La situation géographique de Lannilis lui permit de recruter des patients sur un large territoire s'étalant du Pays des abers au Pays pagan, soit de Ploudalmézeau à Plounevez-Lochrist.

Il existe peu d'information et de témoignages écrits sur l'exercice médical de Morvan dans la région de Lannilis. Les recherches de M. Gerson (auteur d'une thèse sur la maladie de Morvan), qui eut accès au cahier des *substances vénéneuses* tenu par le pharmacien Le Gac en 1884, montrent que Morvan était alors le premier prescripteur de la commune, ordonnant en moyenne dix prescriptions par jour et au maximum vingt^[10]. La tradition orale fait de Morvan un praticien dévoué. Ainsi lui rend hommage la *dépêche de Brest* le jour de sa mort :

« La tendresse qu'il donnait aux siens, il la communiquait aussi à ses clients. Personne ne se montra jamais plus doux et plus charitable pour les plus humbles, pour les pauvres, que le docteur Morvan. »^[9]

Le contexte économique et social dans la région était alors relativement défavorable. Lannilis comptait près de deux-cent mendiants et sa population active était composée majoritairement de travailleurs modestes : cultivateurs, potiers, goémoniers... Aussi n'est-il pas surprenant que Morvan procura pendant toute sa carrière des soins gratuits aux plus nécessiteux. Il se dit même que pendant ses années parlementaires, il refusait de se faire payer pour les soins qu'il prodiguait. Sans doute jugeait-il que ses

émoluments de député compensaient largement ce manque à gagner. Cela dit, il n'eut de cesse dans son action politique puis syndicale de faire valoir la nécessité d'une prise en charge par l'état ou les collectivités de la santé des plus pauvres.

Sa pratique quotidienne était rythmée par les consultations et par les visites aux patients effectuées grâce à un tilbury, cabriolet équestre léger. Les soirées étaient consacrées à la lecture des revues médicales, en particulier *la gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, ainsi qu'à la consignation par écrit des observations marquantes de la journée. C'est d'après ces observations que Morvan écrira, des années plus tard, les publications qui le firent connaître. G. Desse rapporte que sa popularité était telle que les patients venaient le voir de plusieurs départements à la ronde, au grand bénéfice de l'hôtel Lagadec, situé au bourg de Lannilis.

Mais le médecin n'est que peu de choses sans son ordonnancier. Grâce aux cahiers du pharmacien et aux écrits de Morvan lui même, nous avons une idée assez précise de la pharmacopée employée à l'époque. On recense ainsi :

- La **poudre digitale** issue de la fleur de digitale pourpre, bradycardisant toujours utilisé.
- Le **sous-nitrate de bismuth**, utilisé dans diverses indications digestives (ulcère gastroduodéal, diarrhée, constipation) et pour enduire les pansements.
- Le **sulfate d'atropine**, extrait de la Belladone, connu depuis tout temps et utilisé dans de nombreuses circonstances (somnifère, antalgique, névralgies, névroses, spasmes, asthme, prévention de la scarlatine...)^[11], mais plus probablement utilisé par Morvan à la fin du XIX^e pour ses propriétés cardiotoniques ou mydriatiques.
- Le **nitrate d'argent**, utilisé dans le traitement des plaies.
- Le **chlorhydrate de morphine**, alcaloïde antalgique.
- Le **salicylate de soude**, voisin de l'aspirine et largement utilisé dans les pathologies rhumatismales^[12].
- Le **sulfate de quinine**, extrait du **quinquina** utilisé depuis le XVI^e siècle en tant que fébrifuge, mais largement prescrit en tant que tonique, traitement des crampes ou des arythmies cardiaques...
- L'**huile de foie de morue**, tonique ancestral dont on sait aujourd'hui qu'elle contient de grandes quantité de vitamine A et D.
- Le **fer**, également utilisé comme tonique, traitement actuel de l'anémie ferriprive.
- Le **vin**, lui aussi utilisé pour ses propriété tonifiantes.
- La **strychnine**, extrait de la *nux vomica*, puissant stimulant à dose thérapeutique mais poison mortel en cas de surdosage.

- Le **bromure de potassium**, sédatif et anticonvulsivant de référence jusqu'à la découverte du phénobarbital.
- Le **chloral**, sédatif et analgésique
- L'**esprit de Mindererus**, solution aqueuse d'acétate d'ammoniaque connue depuis l'Antiquité, utilisé comme diaphorétique (c.à.d. sudorisant) et hyposthénisant.
- Les préparations de **calomel** (chlorure mercurieux), laxatives mais dangereusement toxiques
- La **stimulation électrique** ou **faradisation** sur laquelle nous reviendrons plus loin.
- L'utilisation des **saignées**, bien que longuement évoquée dans la thèse de Morvan était devenue largement anecdotique dans la seconde moitié du XIX^e. Les soustractions sanguines par **sangsues** restèrent par contre utilisées.

4. Vie familiale à Lannilis

On peut supposer que la vie sentimentale d'Augustin Morvan fut beaucoup commentée dans les années suivant son installation à Lannilis. Le docteur resta en effet vieux garçon pendant de très longues années, au grand dam du recteur Abgrall, qui l'encourageait sans succès à prendre femme.

A ce propos, Y. Le Gallo souligne que la relation entre Augustin et sa mère devait être toute particulière^[4]. Nous avons dit plus haut les circonstances supposées qui le conduisirent à s'installer à Lannilis plutôt qu'à Brest par amour filial. Ajoutons à cela que le docteur ne songea à prendre épouse qu'à la mort de celle-ci, en 1864. L'hypothèse que la relation mère-fils fut un obstacle sérieux à tout mariage est jugé tout à fait crédible par Y. Le Gallo qui souligne que ce cas de figure était loin d'être isolé dans la Bretagne matriarcale du XIX^e siècle.

La tradition populaire, rapportée dans le roman de G. Desse^[3], suppose une autre explication à ce mariage tardif : celle d'une déception amoureuse. Il se raconte en effet qu'Augustin Morvan, alors chirurgien de marine, était épris d'une lointaine cousine nommée Annette Cabon. Malheureusement, les parents de la belle Annette préférèrent à Augustin un riche paysan de Plouarzel nommé Jacques Kermaidic. La légende raconte qu'Augustin Morvan fut, le 4 avril 1844, l'accoucheur du premier enfant du couple Kermaidic, nommée *Marie-Laurence-Rosalie*. Cet épisode est peu probable car Morvan était alors interne à Paris. Toujours est-il qu'il vit grandir et s'épanouir la jeune Rosalie, et que c'est finalement elle qu'il choisira de prendre pour épouse vingt ans plus tard...

Si le célibat prolongé du docteur dut inspirer quelques commentaires, ses noces firent également couler beaucoup d'encre... Peu après le décès de sa mère, le bruit d'un mariage courut dans Lannilis. Rosalie avait alors vingt ans et Augustin quarante-six. Cette union n'eut pourtant lieu que quatre ans plus tard, l'année du cinquantième anniversaire de Morvan. Cette nouvelle n'enchantait guère le recteur Abgrall de Lannilis. Comme en témoigne ces quelques lettres dénichées par J. Roué^[(13), chap IV], celui-ci ne semblait pas beaucoup aimer Rosalie, ou tout du moins ne pas la trouver à la hauteur du Maire et docteur :

« Franchement, pour un homme sérieux, ce sera un mariage très peu assorti : je n'ai pas eu le courage de le féliciter. Je lui ai rappelé qu'il y a trois ans, parlant du bruit de son mariage avec Rosalie, il me répondit « mais c'est une enfant ». « C'est vrai, fit-il, mais vous me pressez de me marier et je ne trouve pas mieux ». Rosalie est toujours une enfant avec ses vingt-quatre ans, une

véritable poupée à mon avis, que je ne lui ai pas exprimé, bien entendu. Ici, tous ceux qui pensent sont surpris et rient de ce mariage. J'en souffre pour le docteur avec qui j'ai les rapports les plus faciles » Lettre du recteur Abgrall du 3 mars 1868

Et dans une autre correspondance adressée au vicaire général de Quimper :

« Ici, rien de nouveau, si ce n'est que notre Lord-Maire, le docteur Morvan, épouse après Pâques la fameuse Rosalie Kermaëdic, de Plouarzel, eur pennérès (c.à.d. fille unique) de 24 ans, avec 24 000 francs de revenu. Il m'a fait part de son mariage. C'est ébouriffant » Lettre du recteur Abgrall du 16 mars 1868

Le mariage eut pourtant lieu, en l'église de Plouarzel, le 8 juin 1868. De cette union naquirent quatre enfants : Charles en 1869, Auguste-Jacques-Marie en 1872, Louise-Anne en 1876 et Paul, qui deviendra également médecin, en 1881.

Nous ne savons que peu de chose de Rosalie si ce n'est qu'elle était commerçante avant son mariage, et qu'elle devait avoir le caractère bien trempé des femmes de la région : J. Roué signale qu'en 1880, elle interdit à son époux de se représenter au siège de député, lassée de le voir s'opposer politiquement au clergé local et le menaçant même de séparation le cas échéant...

Mme Morvan, bien que de vingt-six ans la cadette de son époux, mourut bien avant lui, quelques jours après la naissance du petit Paul, le 7 décembre 1881. C'est Augustin Morvan lui-même qui avait pratiqué l'accouchement et l'on soupçonne qu'il lui ait transmis la fièvre puerpérale, dont Semmelweis avait identifié la cause 30 ans plus tôt mais que personne ne voulut écouter. Jean-Marie Turpin, dont Augustin est le trisaïeul, raconte ou imagine que, des années plus tard, Morvan apprenant dans la presse scientifique qu'il était la cause de la mort de son épouse, fut brutalement frappé d'hémiplégie^[2].

La vie sociale de Morvan à Lannilis était celle d'un notable. Il fréquentait l'église chaque semaine et entretenait de fréquents rapports avec les prêtres de la paroisse. Ces rapports étaient inévitables puisque Morvan était à la fois Maire et médecin, et qu'à ce titre, il allait systématiquement prévenir le curé que tel ou tel mal en point nécessitait en urgence de recevoir les derniers sacrements. Mais les relations avec la cure ne s'arrêtaient pas là puisque Morvan aimait à discuter de questions philosophiques avec ses représentants. De l'autre côté de l'échiquier politique, Morvan fréquentait également le petit nombre de ses camarades républicains : A. Salsac, également médecin, A. Salaun, négociant en vin, S. Bergot, vétérinaire et Biou, huissier. Ces amitiés avec les plus

anticléricaux de la région lui valurent, nous le verrons, quelques déconvenues*. On lui prête également quelques fréquentations avec des célébrités de l'époque : G. Desse, dans son roman, lui fait rencontrer Tristan Corbière, ce qui est chronologiquement impossible. Nous savons par contre qu'il eut quelques relations avec Émile Littré quand ce dernier passait ses vacances en Bretagne^[13, p. 1347].

*
**

* Les relations de Morvan avec le clergé sont traitées dans le détail p. 17 et suivantes.

II. AUGUSTIN MORVAN : HOMME POLITIQUE

LA CARRIÈRE politique d'Augustin Morvan s'étend sur près de trente-cinq années, d'abord en tant que conseiller municipal et maire de Lannilis, puis en tant que conseiller général, et enfin en tant que député au début de la Troisième République.

Cet engagement politique nous apprend beaucoup sur l'homme qu'il fut. Ainsi, Augustin Morvan se distingua particulièrement dans la défense systématique des indigents, des filles mères et des orphelins, et dans sa volonté de proposer un système d'aide médicale laïque pour les plus démunis. Il montra également une grande préoccupation à faire progresser l'éducation populaire et la santé publique dans la très pauvre Bretagne du XIX^e siècle. Cet engagement politique local et national lui valut d'être honoré du titre de chevalier de l'ordre Impérial de la Légion d'honneur, promotion du 15 août 1868.

Républicain engagé, il se trouva souvent en net décalage par rapport à un électorat local très catholique. Indubitablement, c'est sa réputation de médecin compétent et humain qui le rendit si populaire et lui permit de se faire élire malgré des idées politiques à contre-courant du conservatisme ambiant.

Ce chapitre sur la biographie politique d'Augustin Morvan se divise en trois parties, traitant respectivement de son action locale, de son action nationale, et de son engagement syndical et mutualiste. Nous nous attarderons plus particulièrement sur les aspects de son action politique en rapport avec les avancées médico-sociales qu'il défendit.

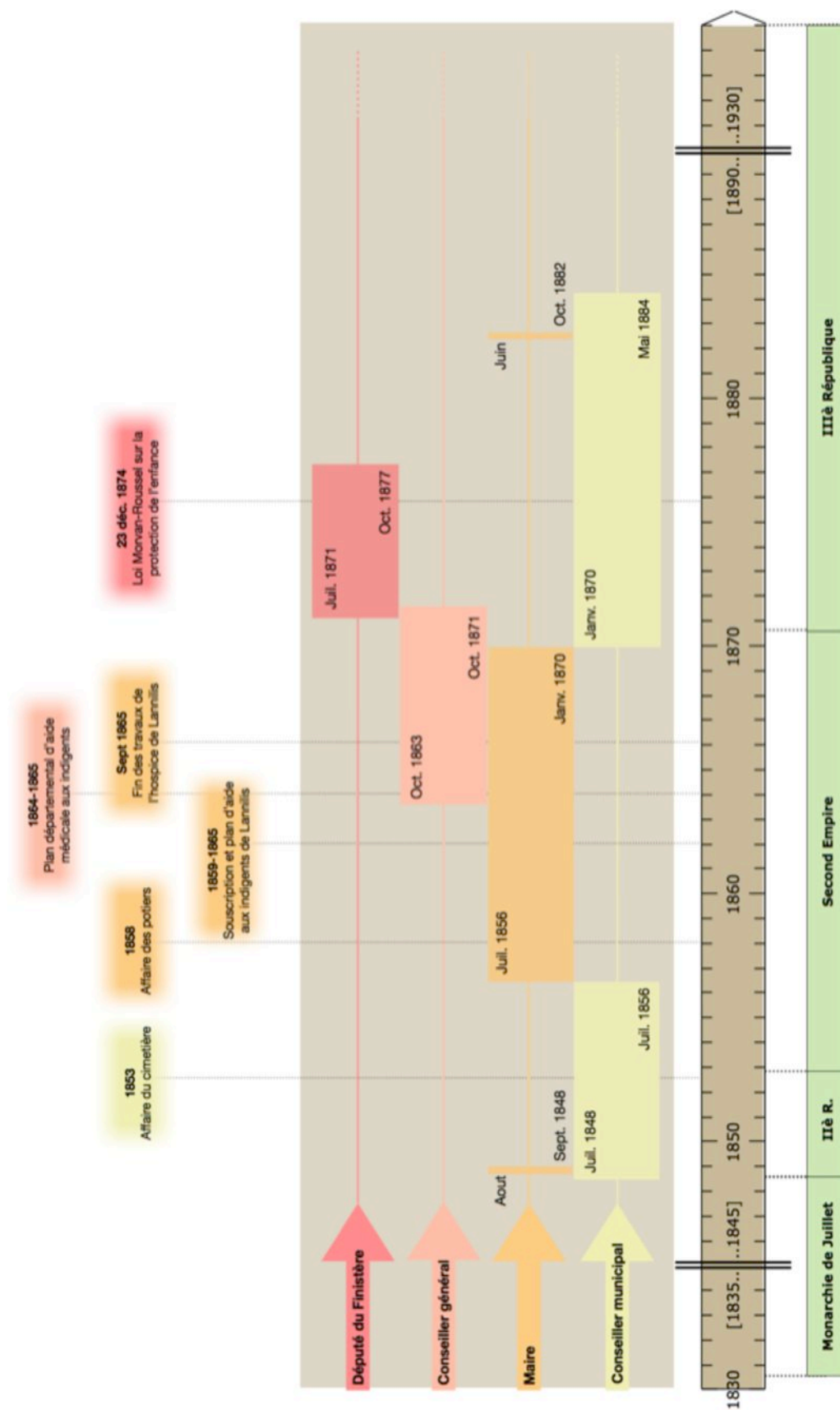


Figure 3 – Frise chronologique. Carrière politique d’Augustin Morvan. F. Le Gall

1. Mairie de Lannilis et conseil général du Finistère (1848-1870).

La première incursion d'Augustin Morvan dans la vie politique lannilisienne fut aussi fulgurante que brève. Elle prend place en juillet 1848, peu après la révolution de février, l'abdication de Louis-Philippe et l'instauration de la Seconde République. Ce changement de régime fut en effet suivi d'élections générales. Et Morvan se présenta au scrutin municipal avec succès. A Lannilis, il récolta 577 voix sur 650 bulletins exprimés^[5,p.44], ce qui lui permit de rejoindre le conseil municipal, à l'âge de 29 ans, sous la mandature de Joseph Guennoc.

Le maire Guennoc, qui exprima pourtant toute sa sympathie à la nouvelle république, fut rapidement contraint à la démission, victime par procuration de la révolution. En effet, Guennoc était déjà maire sous la Monarchie de Juillet, et certains estimaient sans doute *qu'un changement de régime nécessitait un changement de maire*^[14, p.11]. À la suite de cette démission, le 13 août 1848, Morvan est élu maire au second tour par le nouveau conseil. S'agissait-il d'un malentendu ? Cette ascension est en effet surprenante pour un homme si jeune et de tendance républicaine au sein d'une assemblée majoritairement royaliste. Il est vrai que Morvan, nouvellement entré en politique, n'avait sans doute pas eu l'occasion de faire connaître ses idées. Ce qui ne dû pas tarder. En effet, Morvan abandonna son écharpe quelques semaines plus tard, le 13 septembre 1848, à la faveur du retour en grâce de Joseph Guennoc.

La population lannilisienne était alors franchement favorable à la monarchie : lors de l'élection du Président de la République de décembre 1848, le candidat royaliste recueillit 95% des suffrages, contre seulement 4% pour Louis-Napoléon, et moins encore pour le candidat républicain. Louis-Napoléon sut néanmoins convaincre ce peuple réticent puisque quatre ans plus tard, en septembre 1852, Lannilis vota massivement en faveur l'Empire (819 voix sur 822). A l'instar de la population, Morvan sembla favorable au Prince-président puisqu'il s'associa au conseil municipal fraîchement réélu pour assurer Louis-Napoléon de son soutien dans le projet impérial et qu'avec ses collègues, il prêta serment à l'Empereur le 22 février 1853.

En 1855, le conseil municipal fut renouvelé dans un vote qui connut une abstention massive. Morvan y fut le mieux élu. Le maire ayant démissionné, Augustin Morvan fut nommé premier édile par décret impérial du 21 juillet 1856.

Son premier mandat de maire lui valu quelques anicroches avec le clergé local. Morvan et l'abbé Calvez se trouvèrent en effet en conflit sur un projet d'urbanisme qui

visait à élargir une rue aux dépens de l'enclos de l'église^[13, p114]. Calvez, qui avait pourtant soutenu Morvan en 1856, en garda ressentiment et présenta une liste d'opposition aux élections suivantes, en août 1860. Morvan gagna cette bataille électorale de justesse mais l'abbé lui refusa le traditionnel tocsin^[13, pp.118-121], ce qui refroidit encore plus les relations entre les deux hommes. Cette affaire anodine déclencha un véritable pataquès local qui remonta à plusieurs reprises jusqu'au Préfet. Selon l'historien Y. Roué, « bien plus que la mairie et la cure, cette querelle, bien mince en vérité, avait vu s'opposer le maire et le curé (...) Le véritable responsable de cette chicane était l'amour-propre, également développé chez les deux adversaires ».

La décennie suivante fut incontestablement celle du succès politique pour Morvan, voir même celle du plébiscite populaire. Lors du renouvellement du conseil municipal de juillet 1862, Morvan récolte 600 voix sur les 613 exprimées. Un an plus tard, en octobre 1863, c'est à l'unanimité de 2818 votants qu'il est élu au conseil général. En Aout 1867, ce mandat lui est prolongé par une nouvelle unanimité de 2734 votants !

Cette lune de miel politique perdurera jusqu'au début des années 1870. Morvan démissionna cette année là de son poste de maire du fait de son opposition au plébiscite impérial, en décalage avec la population lannilisienne, toujours très favorable à Napoléon III. Cela ne l'empêchera pas, à la chute de l'Empire, de devenir député de la Troisième République et de garder de nombreux soutiens locaux : il demeura conseiller municipal jusqu'en 1884, date à laquelle il fut définitivement battu.

Action politique locale d'Augustin Morvan

Le bilan de l'action politique locale d'Augustin Morvan a été largement traité par M. Bothorel dans son mémoire de maîtrise de 1954^[14]. Pour notre part, nous proposons de nous concentrer sur trois aspects de cette action politique ayant un rapport direct avec la santé publique ou l'aide médico-sociale aux indigents.

L'affaire du cimetière de Lannilis.

« L'affaire » du cimetière de Lannilis prends sa source dès 1830, quand Augustin Morvan n'était encore qu'un enfant. Elle trouvera son épilogue en 1853, alors que Morvan était jeune conseiller municipal de Lannilis sous la mandature de Joseph Guennoc. Cette histoire nous est rapportée par les travaux de Y. Nicolas^[15], M. Bothorel^[14, p.13] et J. Roué^[13, pp. 111-14]. Elle illustre bien la volonté du jeune élu de faire primer l'intérêt général sur l'intérêt particulier, surtout lorsqu'il s'agit d'une question de salubrité publique. On pourra cependant trouver la manière un peu forte. Soyez-en juge.

À Lannilis comme ailleurs en Bretagne, le cimetière se trouvait, vers la fin de l'ancien régime, autour de l'église (auparavant, les inhumations avaient lieu au sein même des édifices religieux). Ce cimetière fut vite rendu exigu du fait de sa localisation et de l'augmentation démographique. Si bien qu'il fut question, dès la révolution, de le déplacer vers un terrain plus grand. Ce n'est pourtant qu'un demi-siècle plus tard, en 1832, qu'est soulevée au conseil municipal la question d'un transfert du cimetière en dehors de l'enclos. Le Maire et le préfet en charge s'y montrèrent favorables : par un savant calcul géométrique, ils tentent de convaincre le conseil que le cimetière est trop petit d'au moins cent mètres carrés (et cela sans compter les effets d'une augmentation future de la population ou d'une éventuelle épidémie !). Las, à treize voix contre trois, le conseil refuse cette proposition, relayant le refus de la population d'être enterré hors les murs consacrés et hors la vue du chemin de procession, comme de vulgaires mécréants.

Ce n'est que vingt ans plus tard, à la fin de l'année 1852, que le Maire en exercice Joseph Guennoc remit ce délicat problème sur la table. Au conseil municipal, formé quelques semaines plus tôt, siégeait pour la première fois le docteur Morvan (groupe d'opposition). La question se faisait pressante : la promiscuité régnant au cimetière, outre le fait qu'elle faisait de chaque inhumation un casse-tête logistique à résoudre, était susceptible d'être une cause d'épidémies par contamination des sources avoisinantes : « il se trouve au milieu du bourg et est si peu étendu qu'il n'est pas rare, en creusant de nouvelles fosses, de rencontrer des cadavres qui ne sont point consommés. En hiver, c'est un vrai cloaque et l'on ne peut se rendre à l'église qu'en se mouillant jusqu'à moitié jambe »^[J. Guennoc, cité dans (13) p.111]. Le maire proposa au conseil d'acheter un terrain à cette fin, constitua une commission et fit demander enquête publique. Lors de cette enquête, les opposants au projet firent entendre de nouveau leurs arguments. En particulier, un dénommé Bergot, conseiller municipal, voyait d'un mauvais œil l'installation d'un cimetière à proximité de sa propriété. Si bien que le maire, tout en se maintenant favorable à son idée, déclara au conseil du 25 juillet 1853 qu'après tout, et de mémoire de Lannilisien, qu'aucune épidémie que l'on put imputer au cimetière ne s'était jamais produite.

En pleine séance, Augustin Morvan blâma alors publiquement le maire, et l'accusa de nier ce jour là l'argument de salubrité qu'il avait pourtant mis en avant jusqu'à lors : « Certaines personnes, dit-il, qui ne craignent pas de trancher cette question sont incompetentes, même pour la discuter, et d'ailleurs, en fait de mesures hygiéniques il faut souvent les imposer au public et non les consulter à cet égard ». L'autorité dont il fit preuve et la science qu'il représentait finirent de convaincre l'assemblée qui vota le déplacement du cimetière à douze voix contre six.

Cet éclat de parole lui attira l'inimitié du Maire Guennoc qui, vexé, finit par déclarer : « Je me garderais bien d'entamer avec le docteur la moindre discussion hygiénique, je m'incline devant une telle autorité, mais qu'il soit permis aux inhabiles en cette matière d'avancer des faits matériels et que l'on peut toucher du doigt et de l'œil ». On dit également de cette affaire du cimetière qu'elle fut l'occasion d'un premier conflit entre Morvan et l'abbé Calvez^[14, p13]. D'après J. Roué, aucun document ne supporte cette thèse et Calvez était même tout à fait favorable au projet^[13, p114], ne se désolidarisant de la position de Morvan que sur certains points de détail. Le 1^{er} juillet 1855, c'est d'ailleurs l'abbé Calvez qui bénit ce nouveau cimetière. La première bière fut accueillie dès le 20 juillet et fut celle d'un nourrisson nommé Jean-Louis Quemeneur, qui donna son surnom au lieu, souvent connu sous l'appellation de *cimetière « Saint Louis »*^[16].

Si la manière est arrogante et que le jeune Morvan fait preuve de suffisance vis à vis de son opposant politique, la cause est noble. Au risque de déplaire, Morvan utilise son autorité pour convaincre du bien-fondé du projet, rejetant tout intérêt particulier à la faveur de l'intérêt commun. Si c'est par la volonté du maire Guennoc et du recteur Calvez que le cimetière fut déplacé, Morvan sut user de son influence pour faire accepter ce changement nécessaire.

L'aide aux démunis et la création de l'hospice de Lannilis.

C'est à l'occasion d'une lettre aux électeurs de Lannilis publiée en 1872 (*Eurget da Elektourien va farrez/Un mot aux électeurs de ma paroisse*, rapportée et intégralement traduite par Bothorel^[14, pp. 57-69]) que Morvan fait le bilan de son activité municipale et de son projet d'aide aux indigents. S'agissant d'un plaidoyer électoral, ce texte omet de rendre justice à ses opposants politiques (de Kerdrel et Moyot) et surtout à l'abbé Calvez, qui prirent également grande part à la lutte contre la misère dans la commune de Lannilis. Dans une lettre antérieure (1868) adressée au sous-préfet, Morvan rendait pourtant hommage au clergé pour son aide et son dévouement dans ce projet^[cité dans (13), p. 125]. Cette précision étant faite, il convient tout de même de reconnaître qu'Augustin Morvan eut l'action la plus efficace d'entre toutes sur ce sujet.

Cette action débute en 1858 par l'ouverture d'une souscription en faveur des déshérités. Morvan parvient à convaincre les plus nantis de participer financièrement à l'aide aux indigents : les riches familles devaient, sur la base du volontariat et selon leurs moyens, choisir un ou plusieurs pauvres qu'ils entendaient aider. Cette souscription est un succès : elle permet, associée au fonds propres de la mairie et aux dons variés, de secourir dès la première année les 188 mendiants que compte Lannilis (sur environ 3000 habitants). Il s'agit alors essentiellement de fournir du pain cuit et des sabots aux pauvres.

Pendant cinq ans, Morvan mène à bien cette campagne caritative avec l'appui de l'abbé Calvez et des religieuses.

En 1862, la commune reçoit un don conséquent de 10 000 francs. Augustin Morvan voit alors plus grand et propose la création d'un hospice pour « offrir un refuge aux vieillards et infirmes abandonnés de tous ». Il établit un budget prévisionnel et fait de nouveau appel à la souscription, ainsi qu'à une aide de la préfecture. Le budget global, ameublement compris, est de 18 000 francs, et les frais de fonctionnement sont estimés à 3 200 francs par an. Les travaux s'achèvent en septembre 1865 et la gestion de l'hospice civil est confiée à une sœur. Il s'agit alors de l'un des plus importants hospices de la région (seize lits).

Une fois élu au conseil général du Finistère, Morvan tentera d'y faire valoir ses idées sur la nécessité d'une aide médicale laïque pour les plus pauvres. L'assemblée départementale est alors très conservatrice et refuse systématiquement de voter des crédits à ces fins, lui préférant l'initiative privée et religieuse. En 1864-65, Morvan propose tout de même à l'assemblée un projet très novateur de financement d'une aide départementale pour la santé des indigents, s'appuyant sur les propositions de la société des médecins de Brest. Il suggère de créer dans chaque arrondissement un comité tripartite (médecin, maire, curé) qui établirait la liste des pauvres à secourir. Les communes, le conseil général et l'état financeraient solidairement et forfaitairement les frais médicaux : 50 centimes par patient et 40 centimes pour les médicaments, 4 francs par accouchement. La somme demandée au département est de 30 000 francs par an. Morvan essuie malheureusement un refus du conseil qui juge la mesure trop onéreuse, mais qui vote dans le même temps une aide de 75 000 francs pour les sœurs de charité... Les médecins du Finistère doivent donc continuer à soigner les pauvres bénévolement, sans recevoir le moindre encouragement de la part de autorités^[17, p. 898].

Une autre facette de l'action sociale de Morvan est celle de l'aide aux filles-mères et aux enfants naturels. À plusieurs reprises, il écrira au préfet pour s'émouvoir de leur condition et réclamer des aides financières pour favoriser leur réhabilitation. Cette sollicitude fut mal interprétée par la population, et lui fut vivement reprochée. Il y gagna le surnom de « père des putains »^[5, p. 40], mais continua inlassablement d'aider ces jeunes femmes.

Cette action locale inspira les propositions qu'il fit lorsque, élu député, il concentra son action sur la protection de l'enfance et l'aide médicale aux déshérités.

L'affaire des potiers.

S'il est une qualité accordée au Dr Morvan, c'est bien celle de son engagement constant pour le progrès de la santé publique dans son Finistère natal, tant dans son exercice médical que par les mandats électoraux qui lui furent confiés. Il est pourtant une affaire où le bon sens médical du docteur et le bon sens politique du maire vont se trouver en conflit. Cette histoire nous est rapportée par les écrits de l'historien local Y. Nicolas^[1,18].

Précisons d'abord que la paroisse de Lannilis avait vu, à partir du haut Moyen-Âge (V-IX^e siècle), s'établir une communauté de potiers qui exploitaient la terre argileuse des parcelles du sud-est du village, peu favorables à la culture. Aujourd'hui encore à cet endroit, un lieu-dit se nomme *la poterie*. Au début du XIX^e siècle, les potiers de Lannilis exportent leur artisanat sur les marchés à Brest mais également dans tout l'ouest du département, jusqu'à Landivisiau et Châteaulin. Y. Nicolas estime que la corporation des potiers de la région de Lannilis faisait alors vivre environ cinq cents personnes autour de dix-huit fours (Lannilis comptait alors un peu plus de trois mille habitants). Il faut également préciser que cette corporation était favorable à la politique menée par Augustin Morvan et constituait donc une partie de sa base électorale^[14].

La production lannilisienne de poterie était essentiellement utilitaire et constituée d'ustensiles de cuisson et de table. La technique alors utilisée pour le vernissage des pots impliquait l'utilisation de métaux (plomb et cuivre). Malheureusement, une vitrification imparfaite de ce vernis pouvait conduire en la libération de plomb dans les aliments, pour peu que ces derniers soient acides (fruits, vinaigre, café...)

En 1858, à la suite de deux ou trois cas de saturnisme attribués à ces poteries, le préfet publia un arrêté interdisant dorénavant la technique du vernissage au plomb. Ce coup d'arrêt condamnait la poterie, les potiers et leurs familles.

Averti de cette affaire et pressé d'y apporter une solution, le docteur et maire Augustin Morvan usa de ses compétences et de son influence au service des potiers. Selon Y. Nicolas, il aurait lui-même mis ses connaissances en chimie à contribution pour proposer un nouveau vernis à base de carbonate de soude et de carbonate de chaux^[1]. Ces essais furent malheureusement infructueux. Si bien que dans une lettre du 5 février 1859, Morvan écrivait au sous-préfet pour demander l'annulation de l'arrêté :

« Il suffirait d'avertir le public de ne pas mettre de boissons acides dans les poteries. Les potiers ne sont pas en mesure actuellement de suppléer à l'emploi du plomb dans le vernissage. Je prie donc l'autorité supérieure de bien vouloir surseoir à la mise en

exécution du dit arrêté jusqu'à ce que nos potiers soient mis en possession d'un vernis inoffensif et peu dispendieux, car la qualité tout à fait inférieure de notre poterie fait du bon marché une condition d'absolue nécessité. »

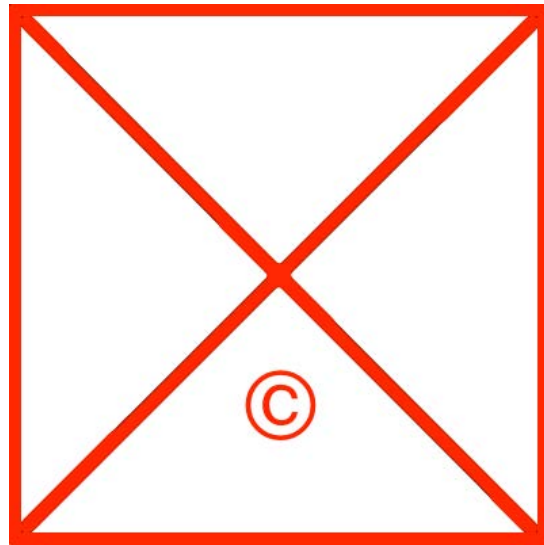


Figure 4 – Poteries de Lanveur. Lannilis, France. XX^e siècle. Patrimoine des communes de France. © Topic-Topos 2006-2012 Trigris/Flohic édition.

Il obtint gain de cause, ce qui lui valut une popularité encore plus grande au sein de la corporation des potiers. Et le répit fut de quelques années. En 1861, Morvan répondait à une enquête administrative sur le sujet et affirmait n'avoir jamais rencontré dans son exercice de cas de saturnisme chez les potiers.

Marie-Renée Chevalier-Kervern (Céramiste et artiste-peintre, 1902-1987), qui s'intéressa à l'histoire de la poterie de Lannilis, rapporte que de nouveaux arrêtés préfectoraux furent pris en 1874, 75, et 78^[19]. Un pharmacien de Brest nommé Constantin publia alors une brochure destinée aux potiers, dans laquelle il proposait une nouvelle technique de vernissage à base de silicate de soude additionné de colorant. La réticence des artisans à cette nouvelle méthode combinée à la difficulté technique d'obtenir la température constante indispensable au procédé vouèrent ce projet à l'échec. Les potiers continuèrent donc à utiliser leur technique ancestrale en toute illégalité.

En 1897, de nouvelles intoxications conduisirent à un procès pour treize d'entre eux, qui bénéficièrent d'une sanction très clémentine de la part du juge de paix (un franc d'amende). Le conseil municipal de Lannilis finança de nouvelles recherches pour tenter de sauver un artisanat alors concurrencé de plus en plus par les ustensiles en fer blanc et les poteries et faïences de série. Toutes les tentatives échouèrent, en partie à cause de l'incapacité des artisans à accepter la modernisation des techniques.

En 1909, il ne restait que douze potiers, et en 1934, ils n'étaient plus que deux. Les poteries de Lanveur sont devenues des pièces de musées et l'intervention de Morvan

aura tout juste permis un certain répit face à l'inexorable avancée du progrès industriel au XIX^e siècle.

Si cet épisode de la carrière politique de Morvan relève de l'anecdote historique, il met en lumière le conflit d'intérêts auquel il fut soumis. Tirailé entre sa responsabilité d'homme de science et la nécessité de satisfaire ses administrés, Augustin Morvan se retrouve face à un choix cornélien. Est-ce par humanité ou par impératif politique qu'il choisit d'user de sa double influence de médecin reconnu et d'homme politique local afin de préserver le mode de vie et de travail des artisans de sa commune ? Ce choix dut lui paraître celui du moindre mal, évitant ainsi la catastrophe sociale d'une ruine de cinq cents de ses administrés. En effet, les potiers échouèrent systématiquement à s'adapter aux nouvelles méthodes de vernissage proposées. Mais s'agit-il d'un échec lié à des écueils techniques ou plutôt d'une mise en échec liée à un manque de volonté, à une crainte face à la nouveauté ? On peut penser que Morvan, par son attitude protectionniste vis à vis de ses administrés, a encouragé ce repli et ce refus. Pourquoi en effet changer de méthode si le bon docteur Morvan parvenait sans cesse à faire plier l'administration et à maintenir le *status quo* ? Las, c'est finalement la conjonction de cette réticence au changement et de l'arrivée de produits concurrents bon marché qui eurent raison des potiers de Lanveur^[20].

2. Années parlementaires (1871-1877)

Une élection sous tension.

En 1871, quatre postes de la représentation finistérienne sont vacants à l'Assemblée Nationale. Morvan, déjà maire et conseiller général, se porte candidat. Remarquons en passant que le cumul des mandats n'effrayait pas plus les acteurs de la III^e République que ceux de la V^e.

Les circonstances de l'élection de Morvan ne peuvent être comprises sans un rappel historique. Cet épisode se joue moins d'un an après la fin du Second Empire. En effet, si Napoléon III a su, à partir de 1860, abandonner ses velléités autoritaires et proposer une transition douce vers un régime parlementaire, les oppositions républicaines sont fortes au sein de la représentation, sous la houlette de Gambetta. Devant tant de tensions, l'Empereur organise un plébiscite le 8 mai 1870, dans le but de renforcer son pouvoir et de rassoier son autorité. Au niveau national, Napoléon III est largement soutenu par le peuple, mais sa victoire sera de courte durée : la cuisante défaite face à Bismarck lors de la guerre franco-prussienne, et l'état de santé chancelant de l'Empereur eurent raison du régime. La III^e République est proclamée le 4 septembre 1870.

Mais revenons à Lannilis. Dès le début de l'année 1870, Morvan, qui avait jusqu'alors fait taire ses aspirations intimes, prend ouvertement cause pour la République. Au niveau local, ces prises de position contre l'empire lui valent bien des inimitiés. Les monarchistes sont majoritaires et le bas-clergé, pourtant peu favorable à Napoléon III, milite pour l'Empereur par crainte d'une prise de pouvoir des républicains réputés anticléricaux. Morvan démissionne donc de son poste de maire et est (temporairement) remplacé par son ami et adjoint, le vétérinaire Bergot. Le 8 mai 1870, au plébiscite de l'empereur, il vote contre. Ce faisant, il s'isole un peu plus au sein d'une commune largement favorable au « oui » (Lannilis 690 pour, 18 contre). Pourtant, il se représente aux élections municipales d'août 1870, et est le mieux élu des candidats par 570 voix sur 650 votants. Ces prises de positions contestées n'eurent donc pas grande influence face au bilan de son action en tant que maire de Lannilis et à sa popularité de médecin. Malgré ce score élevé, il ne retrouva pas dans le nouveau conseil municipal son poste de maire, qu'il dut abandonner au royaliste Jean-Marie Moyot.

Dans la foulée de ce demi succès et peu de temps après la proclamation de la République, Morvan décide de se présenter aux élections législatives partielles de 1871, rendues possible par la défection de quatre députés du Finistère. Il est finalement élu le 2

juillet 1871 sur la « liste républicaine de l'ordre et de la paix », avec l'appui des conservateurs libéraux^[21].

Ses opposants lui firent payer cet affront et lancèrent une campagne très active de dénigrement du député Morvan. Cette bataille était menée par l'hebdomadaire monarchiste brestois *Feiz ha Breiz*. Morvan, de son côté, était défendu par le journal républicain *l'Électeur de Brest*. De (très) nombreuses brochures tirées à part furent éditées en Breton et distribuées à la population : Morvan écrivait *Eur ger da electourien va farrez* (Un mot aux électeurs de ma paroisse), ce à quoi un anonyme répondait sur près de 80 pages *Da Ganaouen an Aoutron Morvan* (Réponse à la chanson de monsieur Morvan). Il y était soupçonné de tous les vices républicains. Depuis Versailles, il répondait par voie de presse aux accusations dont il était l'objet. Ne connaissant pas le breton, il nous est impossible de commenter dans le détail ces textes qui relèvent, d'un bord comme de l'autre, du plaidoyer partisan. En voici cependant un extrait très imagé, traduit par M. Bothorel^[14, p. 25] :

« Qu'il plaise à Dieu de vous éclairer pour mieux voir la vérité et vous méfier d'avantage des écrits qui vous sont maintenant si souvent envoyés pour essayer d'étouffer votre foi et rejeter vos croyances.

(...) Qu'y a t-il donc de nouveau à Lannilis ? Il y a là une telle débauche d'encre et de papier que c'en est épouvantable. Si cela continue, il y pleuvra bientôt plus abondamment de livres que de pluies d'orage en juin et juillet. Monsieur Morvan lui-même, jusqu'ici si discret, a été pris du mal d'écrire et ne peut plus sen défaire.

Que lui avez-vous donc fait, hommes de Lannilis ? Il menace de son venin, il se roule et il siffle comme une couleuvre qui aurait avalé une grenouille ; il se plaint et il hurle comme un chien dont on aurait tordu la queue à l'aide d'une épingle à linge.

Et vos prêtres, qu'ont-ils fait à leur vieux maire ? A l'entendre un petit saint qui étanche sa soif à coup d'eau bénite et calme sa faim en mangeant des saints ? Pourquoi vient-il aujourd'hui se débattre comme une vipère dans un bénitier ?

(...) Dites moi franchement si les prêtres ont donné mauvais exemple dans votre paroisse ? Non, non, dite-vous. Vous n'y êtes pas. Il n'est rien arrivé de tel à Lannilis (...)

(Signé) Le fils d'un cultivateur »

Les critiques faites à Morvan sont nombreuses : son vote contre le plébiscite, sa défense des filles-mères et des orphelins... A travers ces insultes, c'est surtout son engagement républicain qui lui est reproché, mal interprété comme un manifeste anticlérical. Les arguments de mauvaise foi furent utilisés des deux cotés et l'on ne peut pas dire de ces textes qu'ils élevèrent la qualité du débat démocratique...

A l'assemblée nationale : la ligne républicaine

Mais Morvan ne fit rien pour arranger sa popularité locale. Pour preuve, voici une liste non exhaustive de ses prises de position à l'assemblée nationale, rapportées par Y. Le Gallo^[4]. Il vota :

- Contre la pétition des évêques demandant l'intervention de la France en faveur du Pape.
- Contre la déclaration d'utilité publique de l'érection de la basilique du Sacré-Cœur de Montmartre.
- Contre la liberté de l'enseignement supérieur.
- Pour les enterrements civils.
- Contre les officines pharmaceutiques tenues par des religieuses.

Ainsi, Morvan prend le parti des Gambettistes dans la plupart des votes. La fin de l'Empire et les balbutiements de la III^e République sont une période d'une complexité politique inouïe et les Présidents s'y succèdent à une vitesse folle (Thiers, Mac Mahon, Grévy, Sadi Carnot). La naissance et la pérennisation de la République doivent alors plus aux divisions de l'opposition (Orléanistes, Légitimistes, Bonapartistes) qu'au soutien de la population, surtout celle des campagnes. Morvan, avec d'autres, y tient une ligne déterminément laïque, qui lui fut infiniment reprochée dans son propre fief électoral. Sur les bancs de l'assemblée, il fut ami avec Émile Littré et Adolphe Thiers (qui devint le premier président de la Troisième République).

Il faut tout de même noter que Morvan n'est pas prêt à toutes les alliances pour contrer le retour de la monarchie. En effet, il dira des communards qu'ils « sont des bandits »^[cité dans (17) p. 1258], tout en précisant que ce sont les riches et les nobles qui sont responsables de la révolte parisienne. Qu'à cela ne tienne, Morvan est tout de même accusé de « républicanisme rouge » ou de « socialisme » par ses détracteurs.

Dujardin rapporte qu'en dehors de ces prises de position partisans, Morvan collabora également la rédaction de plusieurs lois en rapport avec l'action médico-sociale^[5] : loi réprimant l'ivresse en 1873, loi réglementant le travail des enfants dans l'industrie en 1874, et surtout la loi Morvan-Roussel concernant la protection des enfants de premier âge que nous allons étudier dans le détail ci après.

Un destin croisé avec Théophile Roussel : Aide aux indigents et protection de l'enfance.

Théophile Roussel (1816-1903)

On ne peut traiter la carrière politique nationale de Morvan sans évoquer en parallèle celle du Dr Théophile Roussel: la coïncidence de leurs biographies est en effet troublante. Jugez plutôt.

Né en 1816 (trois ans avant Morvan) dans la campagne lozérienne, Roussel est issu d'une famille plutôt aisée, ce qui lui permet d'intégrer le collège Stanislas de Paris. Il s'y fait remarquer pour ses qualités littéraires mais choisit la carrière médicale et est reçu au concours de l'internat de Paris en 1841. Il y côtoie Claude Bernard et entreprend des recherches sur la pellagre, qui donneront lieu à de nombreuses publications et ouvrages. Il décide, malgré son *curriculum vitae*, de s'installer dans sa Lozère natale, où il exerce sa médecine tout en poursuivant ses travaux scientifiques. Il est élu représentant de la Lozère à l'Assemblée Nationale pendant les périodes 1849-51 et 1871-76, puis député de 1876 à 1879, et enfin sénateur de 1879 à 1903(†). Il fut également membre de l'académie de médecine à partir de 1872, et de l'Académie des sciences morales et politiques à partir de 1891. Une rue parisienne porte son nom et son effigie fut longtemps apposée sur les certificat d'aptitude des nourrices professionnelles^[22].

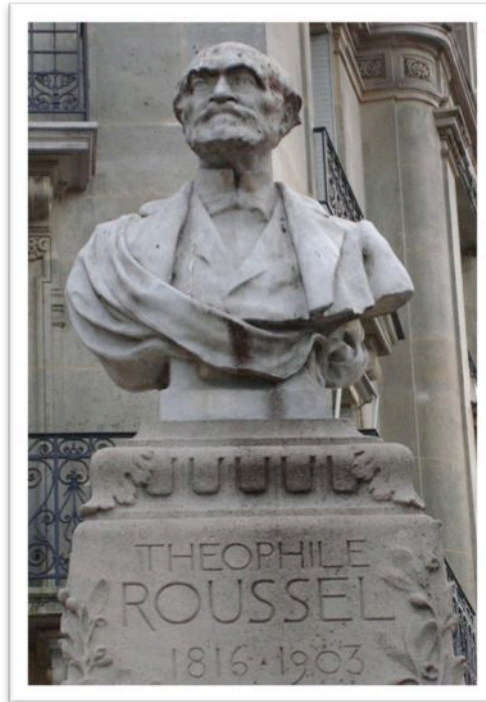


Figure 5 - Buste représentant Théophile Roussel (1816-1903), par Jean-Baptiste Champeil. 1906. Carrefour Denfert-Rochereau-Observatoire, Paris, 14e arrondissement – Photographie par Lionel Allorge, 2007 CC-BY-SA 3.0

Si l'on présente Théophile Roussel pour parler de Morvan, c'est d'abord parce que leurs biographies respectives sont relativement comparables : internes des hôpitaux de Paris d'extraction provinciale, puis médecins-chercheurs émérites influencés par les thèses de leur contemporain Claude Bernard sur la médecine expérimentale, hommes politiques républicains engagés dans un combat pour la défense des indigents et des faibles.

Ces trajectoires de vie ne sont pas des parallèles car les destins des deux hommes se croisent à plusieurs reprises. Si aucune source ne le confirme, on peut tout de même supposer qu'ils se connurent dans les salles de l'internat des hôpitaux de Paris qu'ils fréquentèrent à seulement trois ans d'intervalle et que c'est dans cet endroit et dans d'autres hauts-lieux intellectuels de la capitale qu'ils forgèrent leur conviction républicaine (ils assistent alors à la lente chute de la Monarchie parlementaire de Juillet, qui s'achèvera par la révolte ouvrière de 1848). Les deux hommes se retrouvent sur les bancs de l'Assemblée Nationale presque 30 ans plus tard : ils siègent à gauche de l'hémicycle, sous les couleurs républicaines.

La loi (Morvan-) Roussel

Les biographes de Morvan font bien souvent état d'une loi Morvan-Roussel de 1874, premier texte législatif sur la protection de l'enfance. Il n'y a guère que les bretons qui surnomment cette loi « Morvan-Roussel », car elle est partout ailleurs simplement connue sous le nom de loi Roussel et plus prosaïquement sous le nom de *loi du 23 décembre 1874 relative à la protection des enfants du premier âge*.

La loi (Morvan-) Roussel institue des règles concernant le placement nourricier des enfants en bas âge. Elle met sous contrôle et responsabilité de l'État chaque enfant placé en nourrice, en sevrage, ou en garde hors de la famille. Elle prévoit : la surveillance statistique détaillée de la mortalité infantile (art. 4), la nomination de médecins inspecteurs départementaux chargés de contrôler le travail des nourrices (art. 5), l'obligation de faire déclaration de l'activité de nourrice (art. 7), et d'obtenir les recommandations nécessaires à ce sujet, en faisant la preuve que le dernier né de la nourrice est bien en vie et âgé de sept mois révolus (art. 8).

La protection et la santé de l'enfant ne sont pas des préoccupations très anciennes dans l'histoire de France. On a coutume de dire qu'elles trouvent leur source au XVII^e siècle, grâce à Saint Vincent de Paul et à son Œuvre des enfants trouvés qui accueillait indifféremment les orphelins, les enfants illégitimes et les bâtards. Dans les siècles suivants, c'est bien entendu de l'Église catholique que viendront les principales initiatives d'aide aux enfants indigents et déshérités. À partir de la révolution, une ébauche de responsabilité de l'État dans la santé et dans la protection des citoyens est élaborée : l'aide médico-sociale aux indigents devient un projet laïque. C'est cependant à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle que les grandes lois sur la protection de l'enfance trouvent leur source. Et la loi Roussel est la première du genre^[23].

L'objectif de cette loi est clairement de faire baisser la mortalité infantile, véritable fléau de l'époque (254‰ en 1875). Il était noté que le placement nourricier était un facteur de surmortalité, en partie en raison d'une plus grande probabilité de dénutrition (allaitement concomitant de plusieurs nourrissons par des nourrices incapables de fournir suffisamment de lait). La loi Roussel encadre la profession de nourrice en posant un cadre législatif à son exercice. Elle est donc l'inspiratrice des actuels services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI). Elle donne surtout une impulsion législative sur le sujet de la protection l'enfance : en 1889, est votée la loi sur la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés (qui prévoit la déchéance parentale comme conséquence de certaines condamnations pénales) et en 1904, la loi sur l'assistance publique (actuelle Aide Sociale à l'Enfance), qui formalise le placement sous la tutelle de l'État et met en avant l'intérêt de l'enfant.

Si ce texte princeps sur la protection de l'enfance est généralement mis au crédit de Théophile Roussel, on ne peut nier l'influence certaine que Morvan eut dans la genèse de cette loi. D'abord, parce qu'il fut un collaborateur actif de Roussel à l'assemblée. Pour témoin, cette proposition de loi commune de Morvan et Roussel dont le projet est exposé dès 1872 dans la revue *l'Union médicale*^[24]. Ce projet de loi (jamais adopté) place l'État au cœur de l'action médico-sociale en France, en proposant l'instauration d'un « service d'assistance médicale des indigents » gratuit, sous la responsabilité conjointe des communes, des départements et de l'État. Il s'agit d'un projet très novateur comparable à ce que l'on connaît aujourd'hui sous le nom d'aide médicale d'état ou couverture maladie universelle. Ensuite, nous avons vu comment Morvan, dans ses mandats locaux, eut le souci constant de la prise en charge des indigents, des filles-mères, des enfants illégitimes et déshérités. Les initiatives locales de l'époque furent un laboratoire pour les grands projets laïques d'assistance médico-sociale qui allaient voir le jour à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle.

Ainsi, Augustin Morvan à sa façon, prit part à l'engagement croissant de l'État dans des compétences alors assurées par le clergé ou l'initiative privée, conformément aux valeurs républicaines qu'il défendait.

Morvan en conflit avec le clergé ?

On ne peut faire le portrait politique d'Augustin Morvan sans évoquer ses relations avec le clergé. Les biographes de Morvan se plaisent à souligner combien elles furent mauvaises. Nous serons moins formel sur le sujet.

De l'aveu de sa propre fille, Morvan garda un souvenir douloureux de ses relations tendues avec la cure pendant son mandat parlementaire. Il est pourtant caricatural d'en faire un antireligieux, ou même un anticlérical : celui-ci pratiqua toute sa vie la religion catholique, assistant sans défaut à la *messe des bourgeois* (c.-à-d. en français) de Lannilis.

Il est cependant vrai que ses relations avec l'abbé Calvez, dès les années 1860, furent exécrables. Morvan était alors maire de Lannilis et se trouvait en fréquente opposition avec cet homme. Mais il s'agit plus du conflit de deux personnalités fortes, et d'opposition réciproque de principe, plutôt que de l'expression d'une quelconque aversion à la chose religieuse de la part de Morvan. Leurs désaccords paraissent d'ailleurs futiles si l'on songe en comparaison à ce qu'ils accomplirent ensemble pour les pauvres de Lannilis. Morvan reprochait à Calvez de ne pas avoir sonné les cloches de l'église lors de son élection, conformément à la tradition^[13, p. 118]. Et Calvez reprochait à Morvan des

vellités urbanistes impies: ce dernier souhaitait que l'on élargisse une rue au dépend de l'un des angles de l'ancien cimetière^[13, p. 114]. Que l'on juge de la gravité de la situation !

Les années 1870 virent Morvan affirmer son souhait républicain d'un état fondamentalement laïque, tel que nous le connaissons aujourd'hui. Il n'est pas le seul médecin à suivre ce chemin. Dans sa remarquable thèse d'histoire sur *les médecins de l'ouest au 19^{ème} siècle*^[17], Jacques Léonard constate que l'université française forma à l'époque des médecins largement humanistes, fréquentant sous la Restauration puis la Monarchie de Juillet les cercles républicains et conspirant pour la réforme électorale, dévoués à la cause commune, favorables à l'instruction publique et aux soins gratuits. En bref, des « saints laïques ». Et parmi ceux-là furent des anticléricaux convaincus, athées ou déistes. Mais d'autres, tel Morvan, ne rejetèrent pas la religion catholique. Fidèle à la Révolution et fidèle à Dieu pourvu que chacun reste à sa place : *à César ce qui est à César et à Dieu ce qui est à Dieu*.

Cette prise de position lui valut les reproches et calomnies que nous avons vus et une réputation de « fils du diable ». Le clergé ne fit pas de quartier ni de distinction parmi les républicains, qu'ils soient antireligieux ou non : on soupçonne la cure locale d'être à l'origine des brochures et tracts qui circulèrent contre Morvan*. En parallèle pourtant, sa réputation de médecin professionnel et charitable lui vaudra les louanges de la population et d'une partie du clergé local, y compris parmi ses détracteurs politiques : « Tous ces reproches que nous vous faisons ne nous empêchent pas de reconnaître que vous êtes un médecin estimé, un remarquable orthopédiste, un chirurgien hors pair »^[5, p.40] pouvait-on lire dans l'une des plus virulentes brochures écrites contre Morvan.

En cette époque à Lannilis, les relations avec le successeur de l'abbé Calvez, M. Abgrall, furent pourtant relativement sereines^[13, p.139], et Morvan prit souvent son avis sur des questions diverses. Pourtant, Abgrall fut un opposant politique de Morvan, qu'il surnommait dans sa correspondance privée le « Lord-maire ». S'il se refusa à toute attaque frontale, ses interventions auprès de la population et ses prêches eurent une grande influence sur les déconvenues électorales successives de Morvan. Le docteur reconnut cependant que cette opposition était restée républicaine et correcte, et qu'il ne gardait un mauvais souvenir que de la période des tracts et brochures^[13, p. 161-168]. Abgrall, malgré les désaccords politiques et sa désapprobation du mariage avec Rosalie adoptait régulièrement une attitude conciliante vis à vis du maire avec lequel il entretenait « *les rapports les plus faciles* ». Avant de partir pour Paris occuper son siège de député, Morvan visita Abgrall et, lui serrant la main, lui dit « Vous ne m'avez pas donné votre voix, mais

* D'après Mme Follet, fille de Morvan, citée dans [14, p.25]

nous sommes toujours amis, car, tout en me combattant, vous avez été loyal et droit. Ne craignez rien, M. le curé, vous n'aurez pas à regretter mon séjour à Paris. Je serai toujours du côté du droit et de la foi. »^[13, p. 162]

Les relations avec le clergé local prirent une tournure plus apaisée dès que Morvan n'eut plus d'ambition politique. Vers la fin de sa vie, Morvan entretenait une relation tout à fait cordiale avec l'abbé Corrigou, curé de Lannilis à partir de 1884 et futur vicaire général de Quimper, avec lequel il discutait de questions philosophiques et religieuses^[5].

Selon Y. Nicolas, au moment de ses obsèques (1897), le différend sembla complètement s'effacer puisque Morvan reçut les honneurs du Clergé dans une cérémonie présidée par l'abbé Kerandel, professeur de philosophie au collège de Lesneven, et en présence du chanoine Corrigou. De quoi apaiser les relations entre la cure et les partisans de la république ? L'abbé Bossard écrivait en 1985 dans sa monographie sur Lannilis : « Il mourut le samedi 20 mars 1897 dans les sentiments chrétiens qui ne l'avaient jamais quitté. Il avait toujours été aussi foncièrement catholique que républicain convaincu : ce qui à l'époque n'était pas facilement compris ni admis. »^[25]

Les relations de Morvan avec le clergé local furent donc plus ambiguës que mauvaises. Le conflit de personnalités fortes et les naturels différends politiques ne ternirent pas, au fond, le respect de Morvan pour la cure, et de la cure pour Morvan. Yves Le Gallo résume parfaitement la situation de Morvan en ces termes^[4, p. 109] : « Il eut ce manque de tact d'être républicain, lorsqu'on ne pouvait imaginer qu'un jour le clergé diocésain se rallierait à la République ».

3. Fin de carrière politique (1877-1884)

Nous avons vu plus haut combien l'engagement républicain d'Augustin Morvan lui fut vertement reproché au lendemain de son élection aux législatives de juillet 1871. La publication de tracts et brochures, la bronca des opposants, et l'animosité du clergé léonard eurent rapidement raison de sa popularité.

Ainsi, dès le mois d'octobre 1871, Morvan dut céder son siège de conseiller général au bénéfice du royaliste Paul de Kerdrel. Morvan avait déjà abandonné la fonction de Maire (tout en restant conseiller) dès janvier 1870, à la veille du plébiscite impérial. Sans doute n'avait-il pas voulu se trouver en porte-à-faux vis à vis d'une population largement favorable à l'Empire.

Aussi, à partir de la fin 1871, Morvan exerce les seuls mandats de député et de conseiller municipal de Lannilis. Pendant toute cette période, on dit qu'il prodigua gratuitement les soins qui lui étaient demandés. Bothorel rapporte qu'il participait toujours activement à la vie du conseil municipal^[14, p. 28], en plus de son activité de député.

En 1877, son siège de député est remis au vote, et Morvan choisit de s'y représenter. Dans cette démarche, il est personnellement encouragé par l'ancien président de la république Adolphe Thiers (1797-1877) qui lui écrit, peu avant de mourir^[cité dans (13), p. 166] :

« Monsieur et cher ancien collègue,

Je viens d'apprendre que vous avez définitivement accepté la candidature pour la 3ème circonscription de Brest. Cette détermination a causé une vive satisfaction à tous vos amis politiques. Je tiens à vous en remercier personnellement.

Croyez, mon cher Monsieur Morvan, à mes meilleurs sentiments

Paris, 21 aout 1877

A. Thiers »

Il fut pourtant sèchement battu par Louis de Kerjégu. Les idées républicaines n'étaient alors pas en faveur à Lannilis.

À partir de ce moment, la carrière politique de Morvan ne fut qu'une suite de déconvenues : en 1878, il se représente au poste de maire de Lannilis mais essuie un cuisant échec face à la liste royaliste, restant toutefois membre du conseil municipal. En 1880, il projeta de briguer un nouveau mandat de député, mais son épouse Rosalie le lui défendit, le menaçant même d'une séparation s'il se lançait dans une nouvelle lutte contre

la religion^{*}. Il faut dire que l'adversaire de Morvan pour cette élection aurait été un évêque, Mgr Charles-Émile Freppel, populaire fondateur de l'Université catholique de l'Ouest (la « catho » d'Angers).

En 1882 cependant, Morvan retrouva brièvement son siège de maire. Cette victoire fut de courte durée car au bout de seulement quatre mois, il dut abandonner le poste devant l'hostilité de son conseil, et fut remplacé par Paul de Kerdrel, qui avait déjà pris sa place au conseil général. En mai 1884, il est définitivement battu et perd son mandat de conseiller municipal.

A partir de cette époque, Augustin Morvan délaissa la vie politique et se consacra entièrement à la médecine, ainsi qu'à ses travaux scientifiques.

^{*} Anecdote rapportée par E Terrien, cité dans [13, p. 67]

4. Engagement syndical et mutualiste : la lutte contre l'exercice illégal

Le XIX^e siècle voit naître une nouvelle organisation corporatiste des médecins, d'abord à Paris, puis en province. Il s'agit au départ d'associations informelles, locales, qui ont pour objectif la liaison et la communication entre les médecins, la lutte contre l'exercice illégal de la médecine, l'assistance aux médecins et aux familles de médecins dans le besoin et la moralisation de la profession. Ces associations locales se rassembleront à partir de 1858 sous l'égide nationale de l'association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France (AGMF, toujours active sous le nom de AGMF-Pasteur Mutualité). En parallèle, une activité syndicale informelle et illégale se développe. La création de ces associations permet également de rapprocher confraternellement les officiers de santé et les docteurs en médecine, les premiers étant à l'époque jugés moins qualifiés que les seconds. Ces différentes instances assuraient les missions confiées aujourd'hui au conseil de l'Ordre, aux mutuelles médicales, et aux syndicats de praticiens. Le portrait de ces associations médicales dans l'ouest au XIX^e est très clairement exposé dans le volumineux travail de thèse de J. Léonard^[17].

Morvan participe activement à ce mouvement mutualiste et syndical. Il est, pendant plusieurs années, président de l'association de Brest et Morlaix^[5]. Nous ne savons pas la date exacte de cet engagement, mais il nous semble dater des années 1860 et se poursuivre jusqu'à dans les années 1880.

À la tête de ce syndicat, il concentre son action sur la lutte contre l'exercice illégal de la médecine. Cette bataille se déroule sur deux fronts : il y a d'une part les sorciers, rebouteux, médecins voyageurs et guérisseurs en tout genre. La voie judiciaire est systématiquement employée contre ceux-là, avec plus ou moins de succès. Il y a d'autre part la concurrence des religieuses qui depuis toujours soignent les indigents, n'ayant pour elle que l'expérience, faute de connaissances en médecine. Cet état de fait et cette concurrence déloyale irritent la France médicale entière. En Finistère, Morvan écrit au Préfet pour demander la fermeture de ces officines illégales. Sans succès. Le débat va se prolonger pendant plusieurs dizaines d'années et impliquer les préfets, les évêques, les représentants de l'AGMF, les pharmaciens...

Le successeur de Morvan à l'AGMF, le Dr Maréchal, s'attaque également au problème, et demande au procureur la fermeture des pharmacies congréganistes et des locaux de consultations. Peine perdue : sur ordre même du Garde des Sceaux, les poursuites sont abandonnées. L'avis de l'AGMF est que la concurrence des officines congréganistes dans les campagnes décourage l'installation des médecins en ces lieux qui

en auraient le plus grand besoin. Les résistances des congrégations sont grandes car celles-ci tirent revenus de leur activité médicale et pharmaceutique.

On finira bien plus tard par obtenir des sœurs qu'elles ne distribuent ou ne vendent pas de médicaments autre que des tisanes et qu'elles se contentent de réaliser des soins basiques (la profession moderne d'infirmière a tout juste été théorisée en Angleterre par F. Nightingale, à partir de 1860). Elles pourront exercer ces prérogatives dans les seuls hospices et non plus dans les couvents et les écoles, avec l'accord d'un médecin.

C'est véritablement l'organisation de l'assistance médicale qui va mettre fin à cette concurrence et donnera aux médecins dûment formés la prérogative de l'exercice médical en France. Les réticences politiques furent grandes, comme nous avons pu le voir au sein du conseil général du Finistère : Morvan s'y est vu refuser son projet d'aide médicale laïque et gratuite aux indigents, au bénéfice des sœurs de charité. Ce n'est qu'en 1893 que sera finalement votée à l'assemblée nationale cette loi sur l'assistance médicale gratuite.

Au travers de cet engagement syndical, on retrouve chez Morvan la volonté républicaine de la mise en place d'un service d'état d'aide aux indigents, ainsi que son combat pour une médecine de qualité dans les campagnes.

5. Un engagement au service du peuple ou au service des idées ?

La carrière politique de Morvan est semblable à bien d'autres : un fort ancrage local et une action déterminante au sein de sa circonscription, contrastant avec une activité parlementaire d'envergure relativement mineure.

L'originalité de la carrière de Morvan tient plus à sa formidable longévité dans un contexte politique local très défavorable : nous avons vu à plusieurs reprises combien les idées républicaines étaient peu en vogue à Lannilis. Morvan a donc su se faire élire sur sa personne et non sur son étiquette politique. Au crédit de cette popularité, il faut mettre bien sûr la grande considération accordée à la qualité de son travail de médecin.

Mais Morvan fut-il un élu du peuple pour le peuple ou un élu partisan ? La réponse à cette question n'est pas simple car il fut sans doute les deux.

Son action parlementaire est essentiellement partisane, ce qui lui vaudra d'ailleurs de très vives critiques dans son fief. Notons qu'il agit là dans l'esprit de la Loi car l'élection du parlement au début de la Troisième République se faisait par scrutin de liste, départemental et majoritaire (contrairement à l'usage actuel d'élection par circonscription), favorisant ainsi le renforcement des partis nationaux et affaiblissant un éventuel clientélisme local. Ainsi, pendant tout son mandat, Morvan va voter avec le reste du parti républicain sur une ligne résolument anticléricale et antiroyaliste, à l'opposé des tendances politiques de son canton. Morvan a été élu à l'assemblée sur son nom et sa réputation mais ne se prive pas d'utiliser ce mandat pour faire avancer des idées politiques toutes personnelles.

Sur le plan local, son engagement partisan est bien moins marqué. Sa préoccupation essentielle est l'aide aux plus démunis. Dans cette optique, il n'hésite pas à faire appel à la charité des plus riches ainsi qu'à l'aide du clergé diocésain, attitude honorable et pragmatique mais éloignée du dogme républicain. Cette action locale n'est pas guidée par des motivations électoralistes mais par la conviction profonde qu'il faut améliorer le sort de la population, sur le plan éducatif comme sur le plan de la santé. Cette ligne politique lui vaudra également quelques inimitiés car il était alors vu d'un mauvais œil que l'on se préoccupe de la condition des filles-mères, des enfants illégitimes, ou des « paresseux » mendiants.

Ainsi, selon un procédé toujours d'actualité, Augustin Morvan se trouve tout entier au service de ses administrés quand il est à Lannilis et au service de ses idées quand il est à Paris. Au fond, sa préoccupation n'est pas différente dans les deux cas : il souhaite

le progrès social pour le peuple. Son mandat local lui permet d'expérimenter des solutions pratiques à ce problème, tandis que son mandat national lui offre la possibilité de participer à la construction de la nouvelle république laïque, même s'il doit pour cela essuyer les reproches de son électorat.

*
**

III. CONTRIBUTIONS SCIENTIFIQUES D'AUGUSTIN MORVAN

LA CARRIÈRE scientifique d'Augustin Morvan peut être divisée en deux périodes distinctes, séparées par une interruption de presque vingt années pendant lesquelles il se consacra à la politique. S'il ne publia rien pendant cette époque, il n'abandonna pas la science et la pratique médicale pour autant : il continua en effet d'exercer gratuitement la médecine dans son canton et colligea de nombreuses observations qui furent la base de ses publications ultérieures. Il fut également très attentif à l'actualité scientifique de l'époque et lecteur assidu de la *gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. Cette division chronologique est utile car elle correspond presque exactement à une division thématique dans le travail de Morvan.

Entre ses études de médecine et son entrée en politique, il rédigea deux travaux. Le premier étant sa thèse de doctorat sur les anévrysmes variqueux et le second un article passé presque inaperçu concernant certaines fractures associées aux traumatismes mandibulaires. Ces deux publications ont pour point commun leur thématique chirurgicale, en cohérence avec la formation de Morvan, ancien chirurgien de marine et interne dans le service de Nélaton. Au cours de son exercice à Lannilis, il est fréquemment amené à pratiquer des actes d'orthopédie, de petite chirurgie ou de pansement, ce qui explique son intérêt pour la question.

Après la fin de son mandat de député, il se consacra réellement à la florissante activité de publication scientifique qui fit sa renommée. Il écrivit en effet abondamment sur le myxœdème, la parésie analgésique, et la chorée fibrillaire. La thématique est ici médicale, et plus précisément neurologique. Cet engouement pour la neurologie doit certainement pour partie au hasard : il est étonnant de constater combien Morvan, dans son exercice rural, fut confronté à plusieurs reprises à de très rares pathologies neurologiques qu'il s'empressa de décrire. Mais on ne trouve que ce que l'on cherche et le hasard ne fait pas tout. La neurologie était à la fin du XIX^e une discipline en plein essor (Charcot, Friedreich, Babinski, Alzheimer, Pavlov, Gelineau, Romberg...) et on peut supposer que Morvan fut grandement influencé par ce mouvement, et qu'il orienta ses recherches dans ce sens.

Pour se faire une idée de la qualité scientifique de Morvan, il faut remettre ses travaux dans le contexte de son exercice : médecin de campagne dans une région encore très pauvre, éloigné dans l'espace et dans l'esprit des progrès techniques et scientifiques de l'époque. Il fallait qu'il soit un homme curieux et passionné pour que, pendant tout

son exercice, il songe à consigner chaque tableau clinique atypique qui se présentait à lui. Cet effort constant lui permit, en fin de carrière, de présenter à la communauté médicale des descriptions sémiologiques de plusieurs pathologies alors inconnues. Ces descriptions cliniques, nous le verrons, sont d'une précision et d'une exactitude toujours d'actualité. À la suite de chacune de ces présentations, Morvan s'attache toujours à proposer une explication physiopathologique cohérente à la lumière des connaissances de l'époque, face au tableau clinique qu'il rencontre. Là encore, les travaux de ses contemporains en neurophysiologie influencèrent grandement sa manière de penser et l'on constate que, malgré son éloignement de la capitale, Morvan se tenait très au fait de l'actualité scientifique.

Parfois, à l'appui de ces hypothèses physiopathologiques, Morvan propose un protocole expérimental. Ainsi, il pratique la dissection sur des cadavres de l'hôpital militaire de Brest^[26, p. 662], inaugure l'utilisation d'un stylet pour diagnostiquer tel type de fracture^[26, p. 278], et s'essaye même à la vivisection sur des chevaux afin d'étudier les afférences nerveuses^[27, p. 201]. Comment ne pas voir là la marque de son époque ? Le positivisme scientifique, développé par Auguste Comte (1798-1857) dans la première moitié du XIX^e siècle a considérablement métamorphosé la médecine, sous l'influence de Claude Bernard (1813-1878) et de sa médecine expérimentale. Ainsi, en seulement une ou deux génération de médecin, on assiste à un retournement complet de paradigme où on ne se demande plus *pourquoi* ? mais plutôt *comment* ?. Nul doute que Morvan fut grandement influencé par ces thèses, auxquelles il dut être sensibilisé par ses lectures et par ses entretiens avec le médecin positiviste Émile Littré.

Les pages suivantes présentent par ordre chronologique les différents travaux d'Augustin Morvan, en s'attachant à préciser leur contexte historique et scientifique ainsi qu'en proposant un rapide aperçu des évolutions contemporaines autour de ces travaux. La liste exhaustive des travaux scientifiques d'Augustin Morvan peut être consultée en annexe 2.

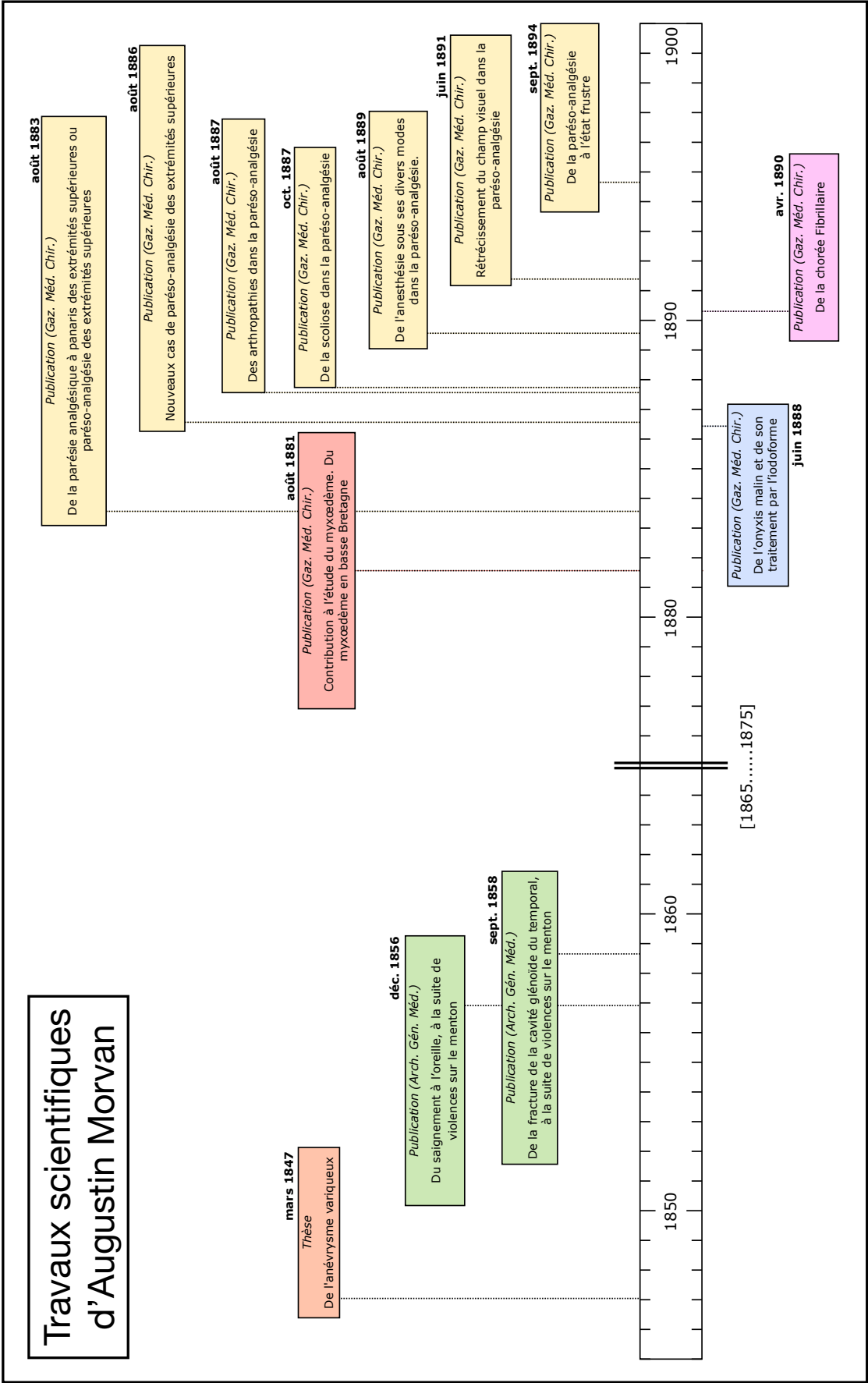


Figure 6 – Contributions scientifiques d'Augustin Morvan – Frise chronologique. F. Le Gall

1. Thèse sur les anévrysmes variqueux

Augustin Morvan est reçu au concours de l'internat en médecine et chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris en 1844. C'est lors de son passage dans le service du chirurgien Auguste Nélaton à l'hôpital Saint-Antoine qu'il recueille deux observations cliniques qui seront le point de départ de son travail de thèse. Nélaton portait un grand intérêt à la chirurgie vasculaire et fut d'ailleurs le premier à proposer la ligature bout-à-bout des artères en cas de plaie des vaisseaux. Ceci explique probablement le choix de Morvan d'un sujet de thèse en rapport avec la chirurgie vasculaire.

Il présente et soutient ce travail le 11 mars 1847, à la faculté de médecine de Paris, sous le titre « De l'anévrysme variqueux. »^[28].

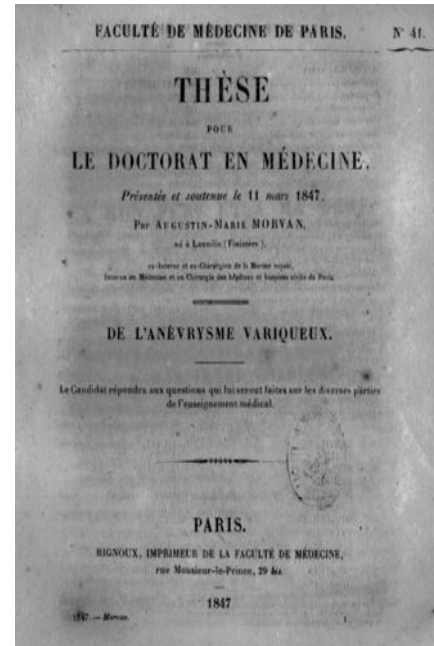


Figure 7 – Th. de doctorat en médecine d'Augustin Morvan, 1847 – Page de couverture

Anévrysmes variqueux et prolongements actuels

En premier lieu, il convient d'apporter une précision terminologique car le vocable d'*anévrysme variqueux* n'est actuellement plus utilisé. Pas plus d'ailleurs que les termes de *varice anévrysmale*, *anévrysme veineux*, *anévrysme par anastomose*, ou *anévrysme artério-veineux* que relève Morvan dans sa revue de littérature. Augustin Morvan définit cette pathologie de la manière suivante :

« lorsque spontanément ou à la suite d'une blessure qui intéresse à la fois une artère et la veine voisine, il survient entre les deux vaisseaux une communication qui donne lieu au passage continuel du sang de l'un dans l'autre, la maladie porte le nom d'anévrysme variqueux. »

Il s'agit en fait de ce que l'on nomme aujourd'hui fistule artério-veineuse (FAV), qui consiste en une communication entre une artère et une veine anatomiquement proche, et que l'on rencontre de manière routinière chez les patients dialysés (FAV chirurgicale) et de manière beaucoup plus rare en pathologie (FAV congénitales ou acquises post-traumatiques et iatrogènes).

Morvan débute son travail par un historique de la pathologie, dont la découverte est généralement attribuée à l'anatomiste écossais William Hunter (1718-1783), qui publia en 1757 puis en 1762 deux observations de cette maladie, alors que les précédents auteurs l'avaient confondus avec un simple anévrisme vasculaire^[29].

Il poursuit son mémoire par un travail conséquent et exhaustif de revue de la littérature internationale sur le sujet. Il entreprend pour ce faire de classer ces différents cas en fonction de leur localisation anatomique. Il note que le siège de prédilection de la pathologie est l'artère brachiale, en regard du pli du coude. Cette localisation préférentielle est en rapport avec la pratique médicale des saignées, au cours

desquelles un opérateur malhabile peut malencontreusement léser l'artère en plus de la veine, conduisant à la formation d'une fistule artério-veineuse. Les autres localisations possibles sont nombreuses : membres supérieurs et inférieurs, vaisseaux du cou, aorte...

Morvan s'attache ensuite à une étude étiologique de ces anévrysmes variqueux. La variété dite « spontanée », c'est à dire sans traumatisme initial est presque exclusive à l'aorte. Nous savons aujourd'hui que la fistule aorto-cave spontanée est en fait une complication rare d'un volumineux anévrisme de l'aorte abdominale^[30].

Les anévrysmes variqueux traumatiques constituent la majorité des cas rapportés par Morvan. Il s'agit alors de plaies vasculaires infligées par des instruments tranchants (sabre, serpe, pointe de couteau, balle ou plomb de chasse, poinçon) ou contondant (verge, contusions diverses). L'essentiel des cas est, nous l'avons dit, iatrogène à la

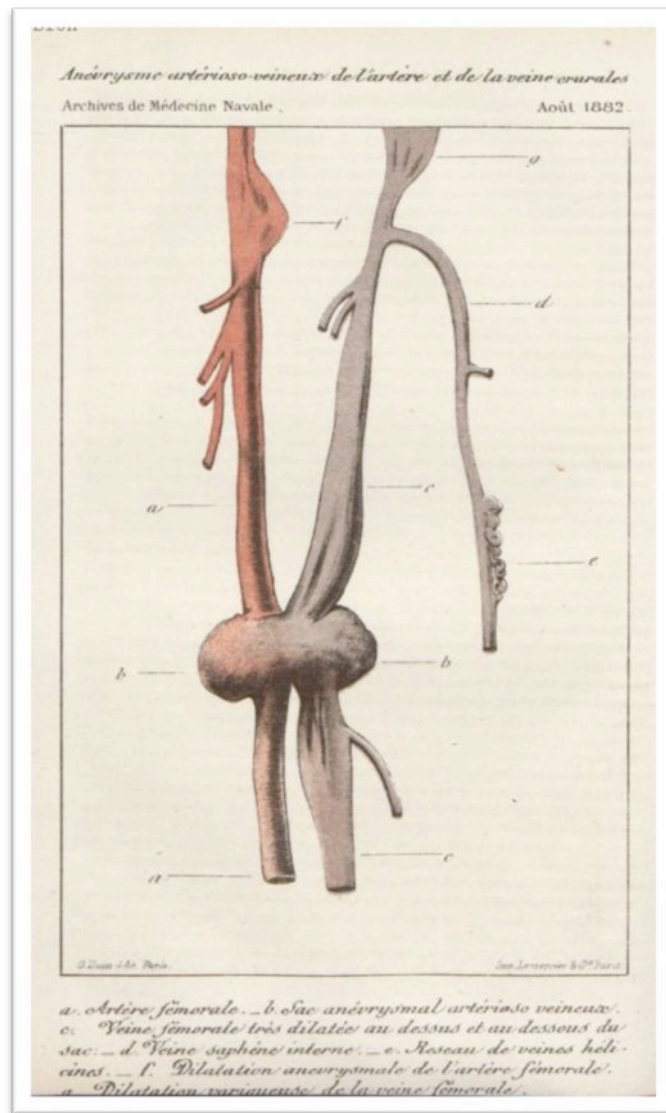


Figure 8 - Anévrisme artérioso-veineux de l'artère et de la veine crurales - Archives de médecine navale, 1882, n° 38 - Paris : éd. Octave Doin - © BIU Santé (Paris)

pratique médicale de la saignée au pli du coude (trente-et-un cas sur cinquante-sept). En plus de cette revue exhaustive, Morvan présente deux cas personnels recrutés lors de son internat chez Nélaton.

De nos jours, les FAV traumatiques se rencontrent essentiellement en temps et lieu de guerre, suite à des plaies perforantes, ou à des contusions et fractures diverses. On les rencontre également suite à des accidents domestiques ou de la voie publique. Elles siègent alors préférentiellement aux membres inférieurs et au cou. Hors ces causes traumatiques violentes, l'essentiel des cas recensé est, comme à l'époque de Morvan, d'origine iatrogène : ponctions et cathétérismes divers (angioplastie coronaire par exemple), chirurgie orthopédique des extrémités, ligature de pédicules vasculaires après néphrectomie ou splénectomie^[31].

L'examen clinique de Morvan ne diffère pas de celui que nous connaissons actuellement. Le symptôme essentiel et pathognomonique était et demeure ce que nous nommons aujourd'hui le *thrill*, qui décrit à la fois le frémissement à la palpation et le souffle caractéristique à l'auscultation, ce *thrill* étant synchrone au pouls. Jugez combien la sémilogie contemporaine est prosaïque en comparaison de celle des XVIII^e et XIX^e siècles : ce souffle était alors comparé « au son de la lettre *r*, quand on le continue tout bas entre le bout de la langue et le palais, au sifflement que produit un mélange d'air et d'eau sortant d'une seringue » (Hunter), « au bruit d'une toupie qui tourne avec rapidité, d'un rouet à filer la laine » (Cleghorn), « au soufflet de forge qui verse sa colonne d'air sur le feu » (Larrey), « à la vibration d'une cloche » (Richerand), « à une corde qui vibre sous le doigt » (Breschet), « au frémissement cataire (c.-à-d. au ronronnement du chat) » (Robert), « au bruit que fait en tournant la roue d'un moulin » (Brown). Outil diagnostic original, une sonde placée à l'une de ses extrémités entre les dents du médecin et à l'autre extrémité sur l'anévrisme variqueux permettait au praticien de percevoir en même temps le frémissement entre ses lèvres et le bruit du souffle dont les vibrations sont transmises à l'oreille par la boîte crânienne.

Morvan termine son exposé par la description détaillée du pronostic et des complications en fonction de la localisation de l'anévrisme variqueux. Il décrit quatre évolutions possibles : 1° stabilisation de l'anévrisme ne nécessitant aucune intervention ; 2° évolution vers un faux anévrisme pouvant nécessiter une intervention chirurgicale ; 3° rupture de la fistule avec hémorragie abondante nécessitant une chirurgie d'hémostase ; 4° guérison spontanée ou par l'effet d'une compression.

Les traitements proposés par Morvan au regard de la littérature sont : en première intention la compression locale et l'application de glace, ainsi que les saignées

itératives ; en seconde intention ou à la suite de complications, intervention chirurgicale consistant en une ligature artérielle en amont de l'anévrysme.

A l'heure actuelle, la prise en charge des FAV de petite taille consiste en une simple surveillance. Les FAV plus volumineuses peuvent être traitées par radiologie interventionnelle avec pose d'endoprothèse, ou par chirurgie classique^[31] (pontage veineux, anastomose termino-terminale). Il est intéressant de noter que lorsque la reconstruction vasculaire est impossible ou périlleuse, la ligature artérielle est encore pratiquée pour peu qu'une circulation collatérale efficace soit possible.

Conclusion sur le travail de thèse de Morvan

Augustin Morvan ne fut pas –loin de là– le premier français à s'intéresser à l'anévrysme variqueux. En témoigne un chapitre très complet sur le sujet dans le *Traité théorique et pratique de médecine et de chirurgie* de 1828^[32]. Cependant, son travail de thèse, sous l'égide de son maître Auguste Nélaton, est à notre connaissance la seule revue complète de la littérature internationale portant sur cette pathologie. Au delà de son contenu, ce texte nous renseigne déjà sur les qualités du jeune Morvan : grande rigueur bibliographique, exposé clair et précis. Le style d'écriture est cependant moins littéraire et imagé que dans ses publications suivantes où, nous le verrons, les descriptions cliniques sont très vivantes et probablement influencées par le mouvement réaliste, représenté à l'époque de Morvan par l'œuvre de Flaubert.

2. De la fracture de la cavité glénoïde du temporal

En dehors de sa thèse d'exercice, il s'agit de la première publication médicale connue du Dr Augustin Morvan. Il ne faut guère s'étonner que ce fût sur un sujet traitant de traumatologie au regard de son cursus hospitalier récent auprès du chirurgien Nélaton.

Commençons par attirer l'attention du lecteur sur une erreur bibliographique répandue chez les auteurs ayant traité de Morvan et qui nous a mené quelques temps sur une fausse route lors de nos recherches. La plupart des textes concernant Morvan font en effet référence à l'une de ses publications, datée de 1888 et parue dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, intitulée « de la fracture de la cavité splénoïde du temporale ». Cet article n'existe pas. D'ailleurs, l'observateur attentif fera remarquer avec raison que *temporal* ne devrait pas prendre pas de « e » final puisqu'il fait référence à un os, et que cet os ne comporte aucune cavité splénoïde, mais plutôt une cavité glénoïde qui fait son articulation avec la mandibule. De fait, si Morvan a bien publié sur le sujet, c'est non à une mais à deux reprises, et dans une toute autre revue médicale, et à une tout autre date. Ainsi, paraît en 1856 dans les *Archives générales de médecine* un premier article intitulé « Du saignement par l'oreille, à la suite de violences sur le menton »^[26], puis, dans la même revue en 1858, un second papier sous le titre « De la fracture de la cavité glénoïde du temporal, à la suite de violences sur le menton »^[33].

La théorie des contre-coups

Il nous a paru important de présenter en avant-propos la théorie des contre-coups sur laquelle s'appuie Morvan dans son exposé. Nous ne prétendons bien sûr pas à l'exhaustivité sur ce qui pourrait être un complet sujet de thèse, puisque les débats autour du contre-coup remontent à l'Antiquité. Toujours est-il qu'une introduction à cette théorie pourra éclairer le lecteur.

Pour aller au plus simple, la théorie des contre-coups stipule qu'un choc ou coup porté en un endroit donné du corps peut entraîner des lésions osseuses ou parenchymateuses en une tout autre localisation ; les travaux scientifiques sur le contre-coup portant sur la capacité à prévoir telle lésion lorsque qu'un sujet est soumis à telle violence.

Par exemple, un traumatisme violent porté sur le côté droit de la boîte crânienne est susceptible d'entraîner –par contre-coup– une commotion ou un hématome cérébral

gauche, ou bien une fracture d'un autre os du crâne, éloigné du point d'impact mais plus fragile et auquel la force du coup a été transmise.

Sur cette question, de nombreuses choses ont été écrites à l'Antiquité puis au Moyen-âge. Hippocrate (460-370 av. J.-C.) lui même l'a remarqué et a nommé ce type spécifique de fracture éloignée du point d'impact *Xymphome*. A Rome, Celse (Ier siècle av. J.-C.) dit également que la fissure se produit quelquefois à un endroit différent de celui où l'on a reçu le coup. De cet avis est également Avicenne (980-1037) mille ans plus tard. Galien (130-201) au contraire, prétend que les sutures entre les os du crâne empêchent à la violence du coup de se transmettre d'un os à l'autre.

C'est véritablement au XVIII^e siècle que la théorie des contre-coups se développe. Elle fait alors en France l'objet de nombreux mémoires qui s'efforcent de classer et d'expliquer ces lésions à distance. Les lois physiques et mathématiques sont mises à contribution pour démontrer la transmission de la force d'un endroit en un autre du corps. Les débats scientifiques sont intenses. Pour illustrer cette effervescence, il suffit de se plonger dans le *recueil des mémoires proposés pour le prix de l'académie royale de chirurgie* : en 1766, le « mémoire sur les contre-coups dans les lésions de la tête » (de M. Grima) y est primé. En 1768, deux autres prix récompensent MM. Saucerotte et Sabouraut sur le même sujet^[34]...

Morvan, qui fit ses études dans les années 1830-40, fut bien sûr exposé à ces théories et ne manque pas de s'y rapporter dans ses articles.

Du saignement à l'oreille, à la suite de violences sur le menton

Note sur la nomenclature anatomique :

La dénomination des os et de leurs reliefs a été modifiée dans la pratique courante. Certains schémas sont annotés en ancienne nomenclature. Voici les correspondances :

- Os maxillaire inférieur = mandibule
- Os maxillaire supérieur = os maxillaire
- Articulation temporo-maxillaire = articulation temporo-mandibulaire
- Cavité glénoïde du temporal = fosse mandibulaire

En décembre 1856, alors qu'il est installé depuis neuf ans à Lannilis, Augustin Morvan fait donc dans les *Archives générales de médecine* sa première publication scientifique en revue, sous la rubrique *mémoires originaux*^[26].

Il y réunit cinq observations cliniques dont deux concernant ses propres patients, deux autres provenant de la littérature, et une dernière rapportée par le Dr Lefèvre de l'hôpital maritime de Brest. Trois cas concernent de violentes chutes sur le menton depuis des hauteurs et deux concernent des coups de sabots de chevaux. Les cinq patients ont présenté une otorragie d'abondance variable, sujet de son mémoire. Le tableau associe les caractéristiques suivantes :

- Une otorragie parfois abondante (en jet) ou plus discrète (séro-sanglante), controlatérale au point d'impact. Ainsi, si la plaie et les contusions sont retrouvées sur le coté droit de la mandibule, c'est l'oreille gauche qui saigne, et réciproquement. Si le saignement est bilatéral, le choc a eu lieu dans l'axe médian, exerçant une force du bas vers le haut ou de l'avant vers l'arrière.
- Cette otorragie n'est pas révélatrice d'une fracture du rocher car c'est l'oreille externe qui saigne à l'otoscopie et le tympan est intact. Or les fractures du rocher provoquent le plus souvent une hémorragie de l'oreille moyenne, qui s'extériorise seulement si le tympan est rompu.
- Une douleur en regard de l'articulation temporo-mandibulaire ainsi qu'une otalgie, elles aussi controlatérales au point d'impact.
- Une douleur très vive à l'ouverture de la bouche et une grande gêne à la mastication.
- Le choc n'occasionne pas de fracture de la mandibule.
- Il n'existe pas de troubles neurologiques sauf chez le patient du Dr Lefèvre qui révélera à l'autopsie une fracture associée du sphénoïde dont les esquilles transpercent la dure-mère et sont la cause d'un abcès cérébral mortel.

Ajoutons qu'en dehors du cas de Lefèvre, tous les patients s'en sortent très bien en quelques semaines, et récupèrent progressivement leur capacité de mastication.

Devant ce tableau, Morvan émet l'hypothèse d'une lésion de l'articulation temporo-mandibulaire, provoquée par la pression transmise par la branche montante de la mandibule vers le condyle, qui vient s'impacter dans la cavité glénoïde, selon la *théorie du contre-coup*. Il s'avance un peu plus et propose (sans être formel) que cette lésion soit en fait une fracture de la cavité glénoïde de l'os temporal. L'otorragie s'expliquerait alors par un prolongement de la solution de continuité, depuis la cavité glénoïde jusqu'au conduit auditif externe. Morvan est conforté par l'autopsie du patient de Lefèvre, qui présente bel et bien une fracture de la cavité glénoïde.

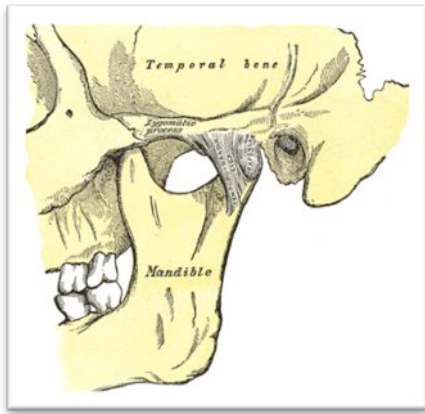


Figure 10 – D'après Gray's Anatomy of the human body, 20th edition – Temporomandibular joint

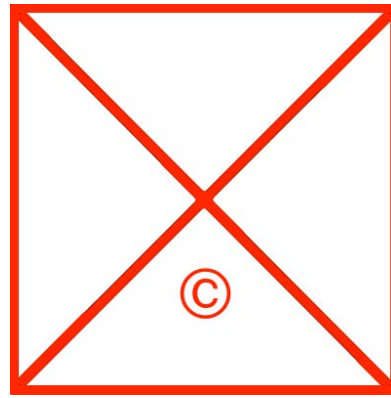


Figure 10 – D'après Rouvière & Delmas in Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle, tome 2 (tête et cou)

En bon scientifique, il décide de tester sa théorie sur deux cadavres de la morgue de l'hôpital maritime. Il fait pour cela appel à son ami le Dr Caradec. Le protocole est simple : il s'agit d'appliquer une force considérable sur la mâchoire des défunts à l'aide d'un coin de bois, d'un marteau, et d'un étudiant en médecine. Cette expérience sera un échec, puisque Caradec ne parvient qu'à provoquer deux fractures du rocher, laissant intacte la cavité glénoïde. De plus, le directeur de l'établissement mit son veto à poursuite de l'étude, au prétexte que les cadavres ainsi traités devenaient impropres à l'étude de l'anatomie à laquelle ils étaient destinés.

Quelque peu déçu par cet échec, il invite ses confrères à lui faire connaître leurs expériences et conclut ainsi :

« Les violences sur le menton peuvent causer un écoulement de sang par l'oreille, avec ou sans déchirure de la membrane du tympan ; et alors il y aura, suivant le cas, ou simplement fracture de la cavité glénoïde, ou fracture du rocher, ou [les deux] ; [en l'absence de] déchirure de la membrane du tympan, on écartera l'idée d'une fracture du rocher (...) ; la fracture de la cavité glénoïde semble se manifester par une telle sensibilité de l'articulation, que la mastication et la déglutition en deviennent pénible, sinon impossible ; quand il y a fracture du rocher, on devra constater, avec le saignement de l'oreille, une déchirure de la membrane du tympan ; s'il y a tout à la fois fracture de la cavité glénoïde et du rocher, il y aura saignement de l'oreille et déchirure de la membrane du tympan coïncidant avec la difficulté de mâcher et d'avaler. »

De la fracture de la cavité glénoïde du temporal, à la suite de violences sur le menton

Deux ans plus tard, il propose à la même revue un nouveau mémoire original^[33] faisant suite à sa première publication. Il y présente deux nouveaux cas et y développe sa théorie en apportant de nouveaux éléments à son crédit.

Ces deux observations lui permettent d'être plus affirmatif qu'auparavant sur la nature fracturaire de la lésion articulaire. En effet, muni d'un stylet qu'il applique dans le conduit auditif externe d'une patiente (Obs. 6), il constate un ressaut, témoin d'une solution de continuité de la paroi antérieure du conduit. Une otorragie ipsilatérale et une douleur à la mastication complètent le tableau.

Anatomiquement, la fracture concerne l'os tympanal (l'un des trois constituant de l'os temporal). Les rapports entre la cavité glénoïde (ou fosse mandibulaire) du temporal et la paroi antérieure du conduit auditif externe expliquent tout à fait les symptômes décrits, associant otorragie, otalgie et douleur à la mobilisation de l'articulation temporo-mandibulaire.

Dans deux des présentations cliniques (Obs. 5,7), les patients en plus de ces signes, présentent des indices d'enfoncement complet du condyle dans la fosse cérébrale moyenne, au travers du fin toit de la cavité glénoïde, ce que ne manque pas d'observer Morvan.

Dans la discussion de l'article, le Dr Morvan fait le point sur les symptômes, le diagnostic positif et les complications de cette pathologie. Il insiste de nouveau sur la nécessité de rechercher un déchirement de la membrane du tympan afin de caractériser une éventuelle atteinte du rocher (et des complications associées). Il rappelle également l'importance d'un interrogatoire et d'un examen clinique attentif, afin de déterminer le point d'impact et l'orientation de la force exercée en ce point, responsable par *contre-coup* de la fracture de la cavité glénoïde.

Un mot enfin sur les traitements employés à l'époque dans la prise en charge des traumatismes crâniens et des fractures de la base du crâne, qui sont évoqués par Morvan et ne manqueront pas de faire sourire le lecteur contemporain : « des émissions sanguines (*c.-à-d. des saignées ainsi que des sangsues*), des applications de compresses trempées dans l'eau

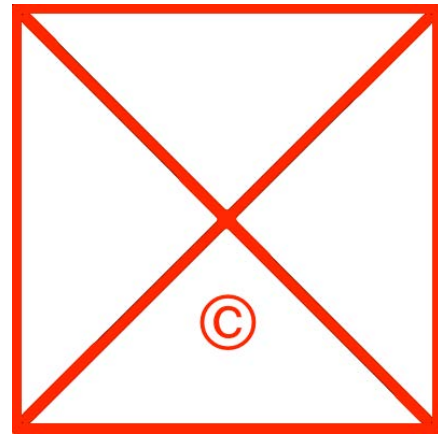


Figure 11 - Mécanisme des fractures péricondyliques. D'après Rappaport in *Injury to the Glenoid Fossa*, 1985

froide, tels ont été les moyens mis en usage ; mais on comprends que le traitement antiphlogistique (*c.-à-d. anti-inflammatoire*) devra être employé avec une grande énergie, si la fracture de la cavité glénoïde est compliquée de lésions profondes. M. Bergot semble avoir tiré grand parti des préparations de calomel et d'opium administrées simultanément »

Une première publication prometteuse

Il est étonnant que le destin ait fait rencontrer à Morvan en si peu de temps plusieurs cas d'une fracture relativement rare.

Il est en effet actuellement admis que le col condylien de la mandibule représente un point de fragilité qui, à la manière d'un fusible, se rompt premièrement lors des traumatismes mandibulaires, permettant ainsi de protéger les os de la base du crâne^[35]. Les fractures de la fosse glénoïde sont donc bien plus rares et sont communément sous-diagnostiquée. Elles sont parfois accompagnées d'un enfoncement complet du condyle dans la fosse cérébrale moyenne^[36].

Morvan déjà en 1858 se fait cette remarque et note une caractéristique physique commune à tout ses patients : « Tous les individus soumis à mon observation étaient de forte constitution. Y a-t-il là quelque chose de plus qu'une coïncidence ? Je ne serais pas éloigné de le croire. Nous avons vu que l'intégrité du maxillaire inférieur paraît une des conditions nécessaires à la production de cette espèce de fracture ; eh bien, le maxillaire ne sera t-il pas en cas de résister d'autant mieux à l'action du corps vulnérant, que le squelette sera plus fortement constitué. »

Toujours est-il que de cette fracture rare, Morvan fait une description sémiologique précise, et parvient le premier à l'individualiser de la fracture du rocher, avec toutes les conséquences pronostiques qui en découlent. Les fractures du rocher et leurs dangers sont bien connus à l'époque, et l'otorragie en est l'un des seuls signes cliniques initiaux décrits. Morvan s'efforce donc de démontrer que l'otorragie post-traumatique n'est pas forcément le signe de cette grave fracture, et propose que l'écoulement sanglant, s'il n'est pas associé à une déchirure du tympan, signe plutôt une fracture de la cavité glénoïde de l'os temporal, de bon pronostic.

A l'appui de cette thèse, il propose une fine analyse du mécanisme traumatique (l'application d'une force sur la mâchoire inférieure et la transmission de cette force par *contre-coup*, vers le condyle, qui s'impacte dans la glène, et fracture la partie tympanale de l'os temporal). Il a également à cœur de confirmer son idée par l'autopsie, ainsi que par des expériences sur cadavres. Enfin, *in vivo*, il propose de rechercher la présence d'une

fracture du conduit auditif externe à l'aide d'un simple stylet. Faut-il voir dans l'utilisation de cette sonde l'influence de l'enseignement de Nélaton ? Ce dernier se rendra en effet mondialement célèbre quelques années plus tard en utilisant une sonde de porcelaine pour démontrer la présence d'une balle de revolver dans le pied du général Garibaldi, lui évitant ainsi infection et amputation.

L'article de Morvan passa cependant relativement inaperçu. Nous retrouvons néanmoins deux citations de son travail dans des ouvrages de référence de l'époque. La première dans le *traité élémentaire de pathologie externe*^[37 p. 825] de Follin, qui souligne bien le caractère individualisé de cette fracture et sa

fréquente confusion avec la fracture du rocher. La seconde dans le *nouveau traité de chirurgie clinique et opératoire*^[38 p. 80], où l'on insiste également sur la nécessité de bien reconnaître une fracture du rocher, au regard des ses conséquences potentielles, et où l'on cite la possibilité d'une fracture de la cavité glénoïde se prolongeant vers le conduit auditif externe comme diagnostic différentiel. Par ailleurs, le sujet des otorragies traumatiques n'est pas totalement délaissé puisqu'en 1873, Le Bail publie sa thèse de médecine sur le sujet (*valeur sémiologique de l'otorragie traumatique*), et qu'une mise au point est réalisée en 1874 dans la *gazette médicale de Paris*^[39]. Ces deux auteurs citent également Morvan et reconnaissent l'existence spécifique de la fracture de la cavité glénoïde du temporal.

Plus récemment, la littérature anglo-saxonne s'est intéressée à ce type de fracture, retenant la même hypothèse d'une pression exercée sur la mandibule dont le vecteur de force s'oriente vers le haut et vers l'arrière, provoquant une fracture du toit de la fosse glénoïde et de la paroi antérieure du canal auditif externe^[35]. La bibliographie sur le sujet reste actuellement bien maigre, mais ne manque pas de souligner de nouveaux éléments : il convient de ne pas méconnaître d'autres fractures associées du massif facial et de la base du crâne qui y sont fréquemment associées; le traitement consiste le plus souvent en une immobilisation en occlusion de la mandibule.

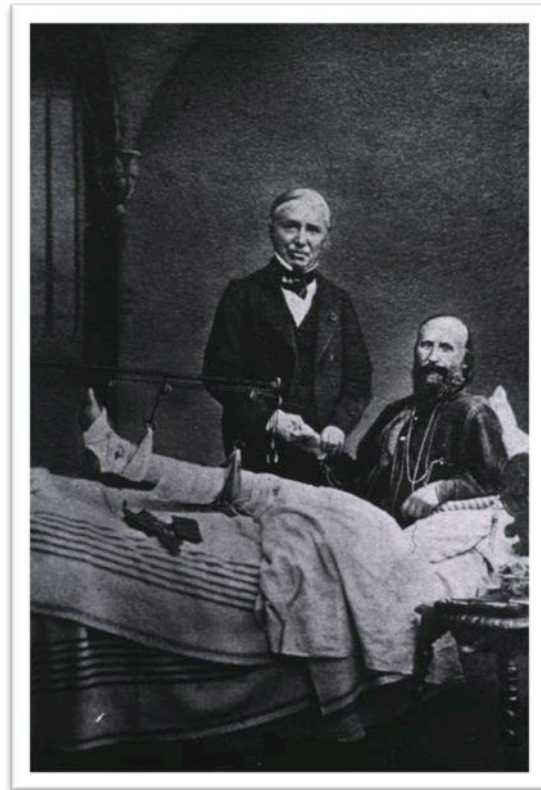


Figure 12 – Nélaton au chevet de Garibaldi - U.S. National Library of Medicine – Auteur Inconnu,

3. Du myxœdème en basse Bretagne

La seconde publication médicale recensée du Dr Morvan concerne une pathologie méconnue et incurable : le myxœdème, décrit alors comme une entité nosologique individualisée mais aujourd'hui classé comme simple sous-ensemble syndromique dans l'hypothyroïdie sévère.

C'est au Dr Morvan que nous devons probablement la première description clinique en français du myxœdème. Il convient d'insister sur le caractère probable et non certain de cette affirmation car –nous le verrons– le Dr Morvan eut le malheur de tarder dans la publication de ses observations, et le mérite officiel ne put donc lui être attribué.

Lettre à Charcot, novembre 1875

C'est au travers une correspondance privée avec le déjà très célèbre et éminent Jean-Martin Charcot (1825-1883) qu'Augustin Morvan nous livre, dès 1875, sa description clinique d'une pathologie qu'il pense nouvelle et qu'il a rencontré à huit reprises dans sa pratique rurale. Il y fait une description sémiologique succincte mais précise du tableau et s'enquiert de l'avis du neurologue. Cette lettre est rapportée par Morvan lui même car il en avait gardé copie. Ainsi, le 26 novembre 1875, Morvan s'adresse à Charcot^[40] :

« Monsieur et très honoré confrère,

Je crois avoir observé en Bretagne une maladie non encore décrite ; mais je crains que mes connaissances ne soient en défaut, et je viens recourir à vos lumières.

Elle est spéciale à la femme, du moins jusqu'à présent je ne l'ai pas rencontrée chez l'homme.

Elle est caractérisée par une anasarque et par une paralysie générale incomplète, mais sans atrophie musculaire, sans altération des facultés mentales, ne s'expliquant, en un mot, par aucune maladie connue, pas plus d'ailleurs que l'œdème ne s'explique par une affection du cœur ou des reins. La bouffissure de la face, coïncidant avec un certain parler lent et une certaine raucité de la voix, est pathognomonique.

L'anasarque est surtout marquée, sans jamais être extrême, à la face, aux poignets et aux jambes ; elle ne disparaît jamais mais est fort variable, surtout à la face dont elle grossit plus ou moins les traits.

L'affaiblissement musculaire, toujours prononcé, ne l'est cependant jamais au point d'empêcher la marche ; mais j'ai vu l'une de mes malades, âgée, il est vrai, dans la nécessité de s'appuyer sur un bras étranger pour marcher. Une autre, jeune celle-ci, pouvant facilement porter, avant sa maladie, un poids de 100 livres sur les épaules, n'en portait plus que 50. Du reste, pas le moindre désordre dans les mouvements, mais une lenteur très remarquable ; tous les mouvements rapides sont impossibles. On peut marcher, même longtemps, mais sans aller du pas ordinaire ; à plus forte raison, la course est impossible. Même phénomène aux extrémités supérieures, les doigts ne sont plus agiles ; la main s'ouvre et se ferme à volonté mais avec lenteur : on dirait d'une personne gelée. Le froid exagère encore le phénomène : aussi, l'une des malades, quand elle était au lavoir, ne pouvait plus étendre les doigts. J'ai dit plus haut que je n'avais rien trouvé d'anormal au cœur ; cependant, dans un cas, la lenteur des mouvements se faisait sentir même au cœur, qui ne battait que 56 fois par minutes.

Toutes mes malades étaient très sensibles au froid ; leur état était bien plus accusé en hiver qu'en été. Quelques-unes avaient même cet aspect larmoyant qu'on a par un vent frais, les yeux étaient rouges et le nez coulait sans cesse.

La santé générale est bonne au milieu de tout ce désordre. Pas de souffrance, bon appétit, bon sommeil ; urines normales.

La maladie atteint exclusivement la femme, le plus souvent vers son retour d'âge, six fois sur huit ; car dans deux cas, il s'agissait de jeunes filles ayant une vingtaine d'années.

La fécondation est rare, je ne l'ai vue qu'une fois ; elle n'a jamais lieu chez les femmes de la première catégorie, bien qu'elles fussent encore réglées pour la plupart, et que toutes eussent été mère à diverses reprises. Mais les deux jeunes filles se sont mariées, et l'une d'entre elle seulement est devenue mère une fois ; l'enfant était faible et n'a pas tardé à succomber.

En dehors du sexe et de l'âge, je ne sait presque rien des causes qui déterminent la maladie : l'une avait eu un refroidissement pour s'être levée et exposée au grand air huit jours après ses couches ; une autre venait de sevrer son enfant pour subir une opération.

La maladie n'est pas dangereuse, toutes mes malades ont été soumises pendant de longues années à mon observation. L'une

d'elle, tombée malade vers l'âge de cinquante-cinq ans, n'est morte qu'à l'âge de soixante-dix-sept ans. La maladie, qui n'est pas grave au point de vue de la vie, l'est excessivement au point de vue de la curabilité ; je n'ai jamais vu personne en guérir. En général, les médications les plus variées n'ont aucune prise. J'ai eu recours tour à tour à tout les toniques, fer, quinquina, vin, huile de foie de morue. Cependant, la strychnine, dans un cas, paraît avoir été utile pendant quelques temps ; mais la malade est ensuite retombée dans le même état, malgré l'emploi de la strychnine qui est resté ensuite sans action marquée. Dans ce même cas, sujet jeune (vingt-huit ans), l'électricité employée pendant trois mois, à deux ou trois jours d'intervalle, a produit le meilleur effet : les traits ont perdu leur bouffissure, les forces ont repris a point que la marche rapide est devenue possible. Mais j'ai du partir pour rentrer à Versailles, et laisser la cure inachevée ; le résultat obtenu me permettait le meilleur espoir.

J'ai terminé et vous demande pardon de n'avoir pas su être moins long. Si cette affection n'a pas été décrite, je me réserve de réunir mes huit observations et d'en faire l'objet d'un petit travail. Je vous serais bien obligé de vouloir bien me permettre de puiser à votre érudition, le cas échéant.»

Analyse comparative de la description clinique

C'est donc la description clinique d'une maladie alors inconnue que le Dr Morvan adresse à son distingué confrère. Si le médecin contemporain reconnaîtra sans peine une forme sévère d'hypothyroïdie à la lecture de cette lettre, la pathologie est pour l'époque totalement mystérieuse.

Dans cette observation, Morvan fait preuve d'un sens clinique remarquable car toute la sémiologie de l'hypothyroïdie sévère est contenue dans sa lettre à Charcot : Le fait que Morvan recense 8 patientes dans son canton n'a rien de surprenant puisque la prévalence actuelle est estimée entre 0,4% et 2% de la population générale. Cette prévalence devient forte (15%) après 50 ans et le sex-ratio est effectivement largement féminin (8/1).

Il insiste sur l'aspect neurologique des symptômes et ce n'est pas un hasard s'il adresse son courrier au plus éminent neurologue de son époque. Cette lenteur dans l'exécution des actes moteurs, sans paralysie véritable, et cet *affaiblissement* traduit la perturbation du fonctionnement du système nerveux périphérique et en particulier musculaire dans l'hypothyroïdie. En effet, les hormones thyroïdiennes jouent un rôle

important dans le fonctionnement de la fibre musculaire. Une carence hormonale va entraîner une infiltration conjonctive des fibres, des anomalies dans le fonctionnement de la chaîne de myosine, des perturbations mitochondriales et une lenteur à l'ouverture des canaux ioniques. Ces perturbations sont responsables de la myopathie hypothyroïdienne décrite par Morvan avec sa fatigabilité, sa faiblesse des ceintures (« Une autre, jeune celle-ci, pouvant facilement porter, avant sa maladie, un poids de 100 livres sur les épaules, n'en portait plus que 50 »), sa pseudomyotonie avec cet enraidissement, cette lenteur à la décontraction, comme ce que l'on observe encore dans les paramyotonies liées à des perturbations congénitales des canaux ioniques. Cet aspect moteur a longtemps été au premier plan de la symptomatologie à tel point que le réflexogramme achilléen, tentative de quantification de cette lenteur à la décontraction, a fait partie jusqu'il y a peu des examens paracliniques proposés dans cette affection.

L'œdème si particulier, infiltré, auquel très rapidement sera donné le nom de myxœdème est également bien décrit : infiltration diffuse des tissus « surtout marquée (...) à la face, aux poignets et aux jambes », associé à un affaiblissement musculaire constant, « prononcé (mais) jamais au point d'empêcher la marche », et à une lenteur d'exécution des mouvements (« tous les mouvements rapides sont impossibles », « on dirait d'une personne gelée »).

Morvan décrit également des critères qu'il juge pathognomoniques : « bouffissure de la face, avec un certain parler lent, et une certaine raucité de la voix. »

Il note enfin une bradycardie dans un cas (« [son cœur] ne battait que 56 fois par minute »), ainsi qu'une sensibilité au froid (« leur état était bien plus accusé en hiver qu'en été »). Cette bradycardie est aujourd'hui attribuée à une baisse de la densité des récepteurs adrénergiques des cellules myocardiques en rapport avec une diminution de la transcription du gène codant pour ces récepteurs $\beta 1$ adrénergiques, normalement stimulée par les hormones thyroïdiennes.

Ce recueil clinique peut être comparé à une étude de 1997 proposant l'évaluation d'un nouveau score clinique dans l'hypothyroïdie^[41], dont les données sont rassemblées ci-après :

Signes et symptômes	Se(%)	Sp(%)	VPP(%)	VPN(%)
Retard à la relaxation	77	93,5	92,2	80,3
Peau sèche	76	63,8	67,7	72,2
Frilosité	64	65	64,6	64,4
Peau rugueuse	60	81,2	76,1	67
Infiltration	60	96,3	94,2	70,7
Bradycardie	58	42,5	50,2	50,3
Baisse de la sudation	54	86,2	79,6	65,2
Prise de poids	54	77,5	70,6	62,8
Paresthésies	52	82,5	74,8	63,2
Peau froide	50	80	71,4	61,5
Constipation	46	85	76,2	62
Mouvements lents	36	98,7	96,5	60,7
Voie rauque	34	87,5	73,1	57
hypoacousie	22	97,5	89,8	52,6

Table 1 – Symptômes de l'hypothyroïdie. D'après Zulewski et al. (1997)

Cette première description clinique en français, basée sur seulement huit cas met donc en évidence plusieurs symptômes aujourd'hui consacrés de la sémiologie hypothyroïdienne, maintenant séparés en signes d'hypométabolisme, et signes d'infiltration.

Réponse de Charcot et avancées scientifiques de 1875 à 1881

N'obtenant de réponse de Charcot dans un délai raisonnable, Morvan s'adresse à l'un de ses amis, le Dr Verneuil, qui se propose de soumettre son problème à la sagacité de jeunes agrégés. La réponse fut rapide mais déçut quelque peu Morvan, puisque ses cas furent rapportés à de simples manifestations de chlorose.

La chlorose était la pathologie féminine en vogue à l'époque. Le tableau comprenait une asthénie, une dyspnée d'effort ainsi que le teint olivâtre qui donna son nom à cette pathologie (chloros= jaune verdâtre) par analogie avec les feuilles dont la photosynthèse s'effectue mal. Il faudra attendre 1936 pour relier cette chlorose à l'anémie ferriprive^[42].

L'affaire ne s'arrêta pas là, puisque peu de temps plus tard, Morvan reçut enfin une réponse de Charcot qui, au regard d'une recherche bibliographique vaine, encourageait le médecin breton à publier ses observations sur cette pathologie qui lui semblait à lui aussi inconnue.

De ce conseil, le Dr Morvan ne fit rien pendant plus de cinq ans, ce qui lui permit de se rendre compte à ses dépens que la science avançait sans lui et, de préférence, loin de Lannilis.

Au mois de mai 1881, il lut dans la *gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* un article publié par le Dr Merklen sous le titre de *Cachexie pachydermique (état crétinoïde, myxœdème)*^[43] et reconnu sans peine la condition de ses patients. Regrettant son retard, il décida de publier lui même le résultat de ses observations.

Au décours des recherches bibliographiques précédant sa publication, Morvan découvrit qu'il existait de toutes les manières une antériorité à sa découverte, fut-elle datée de 1875 : le 24 octobre 1873, Sir William Gull communiqua devant ses pairs de la société clinique de Londres « *On a cretinoid state supervening in adult life in women* »^[44]. Il s'agit là de la première description publiée de myxœdème, insistant sur l'atteinte neurologique centrale et en particulier sur les troubles cognitifs liés au déficit hormonal. Le reste de la recherche bibliographique d'Augustin Morvan recense plusieurs autres articles au Royaume-Uni et en France entre 1875, date de sa lettre à Charcot et 1881, date de la publication de ses propres observations.

En 1877 puis 1878, un autre médecin anglais, le Dr William Ord publie « *on myxœdema* »^[45] et « *clinical lectures on myxœdema* »^[46]. C'est lui qui crée le terme de myxœdème associant les deux termes grecs de mucosité (*Muxus*) et gonflement, œdème (*Oidēma*). En 1879, le Dr Olive publie pour la première fois en français un article sur le myxœdème^[47]. Il soupçonne des précédents dans la littérature française, rapportés sous le terme de polysarcie ou polysarcie adipeuse. Les années 1880 et 1881 voient un grand nombre de publication sur le sujet, tant en langue anglaise que française. En 1880, le Dr Ballet est le premier à utiliser le terme de *cachexie pachydermique* en lieu et place de *myxœdème*^[48]. Cette appellation restera usitée dans la littérature française pendant plusieurs années, sous l'influence de Charcot. Ce dernier présenta en effet lui même devant ses pairs une leçon clinique rapportée dans la gazette médicale de Paris en décembre 1880 par le Dr de Ranse^[49]. Il y fait état de deux cas nouveaux. On ne retrouve pas dans toute cette littérature mention de la lettre adressée par Morvan cinq ans plus tôt. Sans doute Charcot n'aura t-il pas fait le rapprochement ou aura oublié cette brève correspondance.

Publication de Morvan, aout 1881

C'est donc plus de cinq ans après sa lettre à Charcot que Augustin Morvan se décide à faire part de ses observations sur le myxœdème. Comme nous l'avons vu plus haut, la pathologie est alors bien connue des lecteurs réguliers de la presse médicale de langue anglaise et française. Morvan ne découvre tout cela que tardivement, faute d'un accès très limité à la littérature scientifique dans sa campagne bretonne.

Qu'à cela ne tienne. Il présente donc en aout 1881, dans la *gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, son article intitulé *Contribution à l'étude du myxœdème. Du myxœdème en basse Bretagne*^[40].

En liminaire de cet article, Morvan explique les raisons de son retard de publication et s'en désole. « Nous n'avons encore rien publié et n'aurions même rien publié de sitôt, trouvant notre bagage insuffisant, et voulant laisser au temps le soin de le grossir, lorsque, en mai de cette année, nos yeux tombèrent sur un article du Dr Merklen (dans) la gazette hebdomadaire (qui) au fond des campagnes que nous habitons est notre seul journal de médecine. C'était le cas pathologique dont nous avions entretenu les Docteurs Charcot et Verneuil. Nous avons eu tort de retarder notre publication. (...) Nous arrivions en retard. »

A la suite de cette introduction, accompagnée d'une reproduction de la lettre adressée à Charcot, Morvan fait part de ses observations cliniques, qu'il a pu au fil des années enrichir de sept nouveaux cas, pour un total de quinze patient. Ce nombre conséquent en fait la plus grande série jamais publiée à l'époque (tous pays confondus).

Il est intéressant de noter que Morvan choisit dans son article d'utiliser systématiquement le terme de myxœdème, à contre-courant de la littérature française de l'époque, qui lui préfère – sous l'influence de Charcot – le vocable de cachexie pachydermique. Faut-il y voir un pied-de-nez au grand neurologue parisien qui lui fit la peine de ne pas se souvenir de sa lettre et de ne jamais le citer ?

Augustin Morvan fait donc présentation de quinze observations de qualités diverses puisque certaines d'entre elles font appel à sa mémoire et sont incomplètes tandis que d'autres sont remarquables de précision clinique. Le style littéraire du Dr Morvan y est tout à fait singulier et quasi-romanesque. Ainsi, nous ne résistons pas à vous en reproduire un extrait (peu flatteur pour la patiente il est vrai) :

« *Obs. VI - La veuve Tanguy, fermière, est une femme énorme, d'un embonpoint excessif, mère de quatre enfants, peu intelligente. Quand nous la vîmes pour la première fois, elle avait une cinquantaine d'années, et elle était atteinte depuis assez longtemps,*

depuis un temps qu'elle ne pouvait préciser, d'un œdème dur de la face et des extrémités, d'une anasarque avec parler lent et raucité de la voix, véritable voix de rogomme. Sa figure n'était pas une figure humaine, c'était une lune, aux traits grossis, sans expression dans leur immobilité : paupières infiltrées, transparentes, plissées, à moitié fermées ; yeux chassieux, larmoyants ; lèvres épaisses, congestionnées, couleur lie-de-vin comme le reste de la face. Peau sèche, rugueuse. Des battoirs pour mains et des poteaux pour jambes. Ajoutez à cela des mouvements lents en tout, et vous aurez l'ensemble des symptômes que nous avons déjà décrit plusieurs fois.

Nous auscultâmes, percutâmes avec soin la région du cœur, et nous analysâmes les urines, sans rien trouver d'un côté ni de l'autre.

La santé générale était bonne. Ayant eu par la suite l'occasion de revoir cette femme à diverses reprises, nous avons su qu'elle avait des habitudes d'intempérance, qu'elle s'enivrait tous les jours.

Depuis l'âge de cinquante ans jusqu'à celui de soixante, époque de sa mort, son état d'anasarque et de parésie n'avait pas sensiblement empiré. Elle a succombé à une catarrhe bronchique »

Il s'agit là du cas pathologique le plus caractéristique et avancé de la série. Les quatorze autres observations rendent compte de patients à des stades différents de la maladie. Dans ses descriptions, Morvan s'efforce de donner le plus de détails possibles sur l'examen clinique qu'il a pratiqué, ainsi que sur les antécédents et l'environnement des patients. Il s'attache également à rechercher les manifestations cliniques décrites par ses confrères dans le cadre du myxœdème, ainsi que les facteurs pouvant être prédisposant ou déclencheurs de la maladie.

Morvan n'oublie pas nous plus d'exclure les diagnostics différentiels alors connus pour les tableaux d'œdème ou d'anasarque ; le principal étant la maladie de Bright, décrite par le médecin anglais Richard Bright en 1827^[50] et correspondant à une maladie rénale aiguë ou chronique de type néphrite avec présence d'albuminurie. Morvan recherche donc la présence d'albumine dans les urines de tous ses patients, ainsi que des signes de dysfonction cardiaque et hépatique.

Enfin, il décrit pour chaque observation les éventuelles tentatives de traitements entrepris et leurs effets.

A la suite de son exposé clinique, Morvan s'attache à une longue discussion sur le tableau clinique et les éléments du diagnostic positif et différentiel, et émet plusieurs

hypothèses étiologiques et physiopathologiques. Il s'appuie dans cette discussion sur les autres travaux publiés et se place tantôt en accord et tantôt en opposition avec ses confrères, faisant preuve d'un certain talent polémique.

Tableau clinique.

Ici, la multiplicité des symptômes décrits dans les quinze observations de Morvan ne peuvent être tous rapportés tant il sont nombreux. C'est un travail d'autant plus inutile que le résumé syndromique rédigé par Morvan lui même dans sa lettre à Charcot est tout à fait suffisant et que l'on ne saurait faire plus clair. Reprenons simplement les points essentiels et les quelques ajouts apportés dans sa publication complète :

Retenons surtout qu'il fait de la triade clinique décrite plus haut une association pathognomonique du myxœdème : « bouffissure de la face avec un certain parler lent, et une certaine raucité de la voix ». Il constate par ailleurs un œdème d'intensité variable, dur, ne prenant le godet ni au visage, ni aux membres. Les lèvres sont presque toujours cyanosées, et les traits sont grossis. La langue et les muqueuses buccales sont rarement infiltrées. La prise de poids est globalement modeste et parfois imperceptible chez certains patients au gabarit déjà conséquent.

La plainte fonctionnelle de ses patients est grande, tant ils éprouvent des difficultés dans leurs travaux quotidiens : perte de force aux membres, lenteur en tout et manque de réflexes. Morvan compare cela à un tableau de paralysie incomplète lente.

Si les autres auteurs décrivent une peau épaisse, sèche et rugueuse au corps (c.-à-d. pachydermique), contrastant avec une peau fine et fragile au visage, Morvan a du mal à en faire un critère diagnostique majeur : il met surtout cela sur le compte de la vie et du travail au grand air des champs. Il ne constate pas non plus d'hypothermie.

Hypothèses étiologiques.

Augustin Morvan fait ainsi le premier constat que ses patients présentent un tableau bien moins prononcé que ceux de ses confrères parisiens ou londoniens et tente de l'expliquer par l'environnement climatique : « Le tableau que nous ferions de la maladie d'après nos observations serait moins sombre que le tableau tracé par nos devanciers : celui ci est véritablement poussé au noir (...). A quoi tient donc la différence si grande d'aspect qu'offre les malades observés en basse Bretagne (...) ? A deux circonstances, au climat d'une part, et d'autre part au degré plus ou moins avancé de la maladie, à l'état plus ou moins cachectique des malades ». Il poursuit : « la température a la plus grande influence sur le degré de l'anasarque. Or en basse Bretagne, nous n'avons d'été qu'à peine, mais en revanche les hivers ne sont jamais rigoureux (...) ; le Finistère

est le département de France où la température est la plus modérée. (...) N'est ce pas (là) qu'il faut chercher l'explication de l'aspect si différent offert par les malades suivant le pays ? »

Décidément très porté sur les conditions atmosphériques, Morvan fait l'hypothèse d'une grande influence du climat sur le déclenchement même de la maladie. A l'appui de cette idée, il constate que l'essentiels de ses patientes appartiennent à la classe paysanne, « une profession qui expose à toutes les variations climatiques », contrairement à la classe ouvrière ou bourgeoise. D'ailleurs, soutient-il, « il est difficile d'admettre que la température, dont l'action est si manifeste sur la marche de la maladie, n'ait pas eu la plus grande part dans son éclosion ». S'étonnant encore du grand nombre de malades qu'il a eu l'occasion de diagnostiquer dans sa campagne bretonne, il fait le rapprochement avec les premiers cas décrits en Angleterre, dont le climat est comparable, c'est-à-dire tempéré et humide.

Il présente ensuite, s'appuyant sur les travaux de ses collègues et sur ses propres impressions, trois facteurs déclenchant possibles : la succession rapide de grossesses, l'allaitement prolongé, ainsi que l'influence des chagrins, des émotions, et des tracasseries domestiques. Le caractère héréditaire ne lui semble pas déterminant puisque seulement deux patientes sont parentes (*Obs. III et VI*).

Hypothèse physiopathologique.

Vers la fin du 19^{ème} siècle, la neurologie est à la mode dans la communauté médicale, fort du modèle physiopathologique qu'elle apporte, reliant un symptôme à une cause organique nerveuse, centrale ou périphérique. Morvan s'appuya donc sur les récents progrès en neurophysiologie pour proposer une hypothèse physiopathologique.

« Pour nous, le myxœdème se traduit par deux manifestations concomitantes, absolument contemporaines, la paralysie et l'œdème » commence-t-il ; Ces deux manifestations étant liées à une seule cause, « une névrose du système nerveux central n'affectant de ce système que la portion afférente aux nerfs moteurs, tant de la vie animale que de la vie organique, lesquels sont frappés de paralysie, et laissant par conséquent indemne toute la portion afférente aux facultés mentales et aux nerfs sensitifs »

Ainsi, il attribue la lenteur d'exécution motrice et le manque de force à une parésie des membres. De même, le parler lent et la raucité de la voix sont respectivement liés à une parésie des muscles linguaux et des cordes vocales. Cette paralysie atteint les muscles « dans leur contractilité, nous seulement comme force mais encore comme vitesse ; tout travail précipité leur est interdit »

Le système végétatif serait également atteint puisqu'il participe, selon l'avis de Morvan, à la bradycardie et à l'état de constipation opiniâtre par paralysie des muscles péristaltiques.

Mieux encore, l'infiltration œdémateuse est elle aussi liée à une atteinte neuro-végétative par paralysie vaso-motrice. Celle-ci rend compte de l'œdème « par stase du sang, de la teinte violacée des lèvres et des mains en toute saison, (...) de la diminution des échanges organiques et de l'abaissement de la température. »

Par contraste, Morvan ne retrouve aucune atteinte des voies sensibles et des nerfs sécréteurs, qui seraient même plutôt stimulées comme en témoigne le larmoiement, la rhinorrhée, et la sialorrhée parfois rencontrés. De même, Morvan s'oppose à l'idée d'une altération des fonctions supérieures qu'il juge intactes : « si la pensée a l'air de se former avec lenteur, c'est que la parésie de la langue est là, et que les réponses se font attendre. »

Ces hypothèses physiopathologiques sont bien évidemment erronées et portent à sourire pour l'observateur contemporain. Elles témoignent cependant d'une volonté de trouver une explication unique à un tableau complexe, suivant ainsi le principe de parcimonie, cher à la médecine et à la science en générale. Il faut également noter que les théories étiopathogéniques concurrentes n'étaient guère plus séduisantes : émoussement nerveux périphérique lié à l'œdème, avec encéphalopathie secondaire du au manque de stimulation cérébrale pour Ord, infiltration œdémateuse cérébrale pour Goodhart...

Tentatives thérapeutiques.

Morvan termine son article en se désolant qu'aucun traitement n'ai guéri, ou même amélioré ses patients. Ses tentatives furent pour tant nombreuses et donnent au lecteur une idée de la pharmacopée disponible à l'époque.

Sa première idée fut l'administration de toniques divers, « partant de l'idée d'une cachexie quelconque ou d'un appauvrissement du sang » : quinquina, fer, huile de foie de morue, vin. Aucune amélioration ne fut entrevue même si aucun n'effet secondaire ne fut à déplorer. Ces prescriptions sont pertinentes au regard de la pharmacopée dont il dispose: le vin et l'huile de foie de morue sont longtemps restés des *toniques* très populaires. Le quinquina, fébrifuge par excellence est aussi à l'époque proposé dans de multiples situations pathologiques, fébriles ou non: il est toujours reconnu en phytothérapie pour ses propriétés stimulantes, eupeptiques et y est recommandé dans l'asthénie. Un certain nombre de boissons tonifiantes en contiennent encore. La prescription de fer semble également suivre une intuition logique puisque l'une des causes soupçonnée était la chlorose, c'est à dire l'anémie.

Finalement, croyant avoir à faire à une paralysie, il administre à ses patientes de la strychnine, poison interdit de nos jours, mais alors utilisé pour ses propriétés stimulantes du système nerveux central. Dans la même optique, il faradise ses patientes, c'est à dire qu'il transforme littéralement leur corps en cage de Faraday par la circulation d'électricité. Ces tentatives d'électrisations sont remarquables. Depuis 1843, Duchenne de Boulogne applique des courants électriques de faible intensité sur les nerfs et les muscles paralysés, atrophiques ou simplement parétiques. En 1862 il fait paraître la seconde édition de *l'électrisation localisée* qui lui permet de contribuer à décrire les affections myopathiques^[51]. Dix ans après cette publication, la technique n'est encore guère diffusée et pourtant, à Lannilis, dans la campagne bretonne, le docteur Morvan non seulement en a eu connaissance, mais il n'hésite pas à l'utiliser, dans la droite ligne de l'analyse neurologique qu'il a fait des symptômes. À maladie nouvelle, technique nouvelle : au delà d'un fin clinicien, Augustin Morvan est un homme de progrès qui n'hésite pas à utiliser les dernières données de la science.

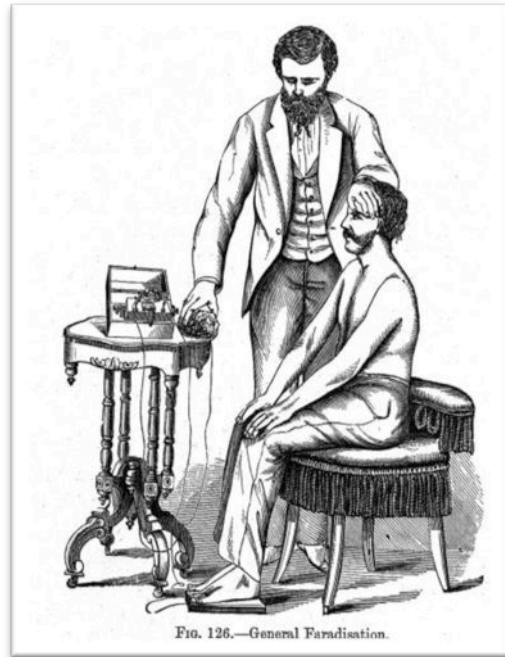


Figure 13 – General Faradisation – d'après A treatise on medical electricity, Julius Althaus (Longman London 1873) - page 394 – Wellcome Library, London

S'il croit grâce à ces séances d'électrisation entrevoir quelque amélioration, il finit, un peu dépité, par conclure que c'est plutôt au retour de la belle saison qu'il faut en accorder le crédit.

Pour conclure sur le myxœdème

Si Morvan n'est ni le premier, ni le plus rapide à présenter ses conclusions sur cette nouvelle maladie qu'est le myxœdème, il apporte une contribution considérable au débat en publiant la plus grande série existante de patients.

Cet article représente sa première contribution importante à la science. Débarrassé de ses obligations politiques, il prendra dorénavant le temps de consacrer ses soirées à la consignation de ses observations remarquables, ainsi qu'à leur publication. Si l'article sur le myxœdème en Basse Bretagne ne lui apportera pas la reconnaissance de ses pairs, les suivants le feront d'une belle manière.

Enfin, l'étude de l'histoire du myxœdème permet de prendre conscience de l'effervescence scientifique de l'époque, de la diffusion de l'information et du progrès médical dans toutes les provinces de France, du caractère international de cette évolution. A partir de quelques observations éparses au début des années 1870, la connaissance diffuse : de façon étonnante, cette pathologie "vieille comme le monde" et pourtant jamais décrite jusqu'alors, est rapportée quasi simultanément en Angleterre, en Bretagne puis à Paris. Il faudra moins de 10 ans pour établir l'origine thyroïdienne du tableau clinique (Semon^[52], 1883) et aussi peu de temps pour y apporter un remède étiopathogénique (Bettencourt et Serrano^[53], Muray^[54], 1890-91), avant même que le concept d'hormone ne soit créé. C'est le partage rapide des connaissances, rendu possible par la presse médicale, qui a permis cet exploit.

4. La parésie analgésique à panaris : la maladie de Morvan.

En 1883, Augustin Morvan publie la description d'une pathologie qui fera sa renommée parmi ses contemporains. Dans l'édition du 31 août de la *gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, il écrit :

« La maladie que nous avons en vue d'étudier consiste dans la parésie analgésique des extrémités supérieures, d'abord limitée à l'un des côtés, passant ensuite le plus souvent à l'autre côté, et aboutissant toujours à la production d'un ou de plusieurs panaris. »

[55, p. 580]

Il décide de nommer cette nouvelle entité nosologique **parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures** ou **paréso-analgésie des extrémités supérieures**. Assez rapidement cependant, cette pathologie sera connue dans la presse médicale sous le seul nom de **maladie de Morvan**.

Cette publication fut la première d'une série de sept articles^[55-61] qu'il écrivit sur le sujet, toujours dans les colonnes de la *gazette*. Le retentissement de cette découverte fut important en France, mais également dans toute l'Europe, où plusieurs articles et communications y firent référence.

La nosologie actuelle fait de la maladie de Morvan une variété de syringomyélie, mais cette proposition fut très débattue au sein de la communauté médicale, impliquant les plus grands savants de l'époque.

La maladie de Morvan a fait l'objet d'une thèse de médecine par le Dr Michel Gerson en 1977^[10].

Description initiale de Morvan : caractéristiques cliniques.

La première observation de la paréso-analgésie à panaris par Augustin Morvan remonte aux années 1850 :

« C'était un homme de soixante ans qui se présentait avec un panaris à l'un des doigts de la main. La main et tout l'avant bras étaient enflés. Nous constatons la nécrose de la phalange unguéale et lui proposons de pratiquer une incision pour arriver à l'extraction. Et comme le malade n'acceptait qu'avec un entrain modéré, nous ajoutons que l'incision serait comme un éclair, qu'il n'aurait pas le temps de souffrir. Nous procédons à l'incision qui fut une assez large entaille. Quelle ne fut pas notre surprise de voir le calme de ce brave

homme, qui, à nos yeux, n'était pas précisément un héros, et qui cependant n'avait pas sourcillé ! Pas une plainte ! Il eût été de bois qu'il n'en eût pas été autrement. C'est qu'il n'avait pas souffert, mais pas du tout souffert nous affirmait-il. Nous étions tombés pour la première fois sur une de ces paralysies analgésiques qui font le sujet de notre mémoire. »^[55, p.580]

S'il ne reconnaît pas d'emblée la spécificité du tableau clinique, Morvan est durablement marqué par cette consultation puisqu'il ne manquera pas de faire le rapprochement quand d'autres cas se présenteront à lui, bien des années plus tard. C'est en effet à partir de sept observations, provenant toutes de son exercice rural dans la région de Lannilis, que Morvan dresse le tableau de ce qu'il décrit comme « *une série de faits qui n'ont pas encore été signalés et qui méritent une place dans le cadre nosologique.* »

Ce tableau clinique associe avec constance des troubles sensitifs, moteurs et trophiques, et peut être résumé par la triade : **thermo-analgésie, parésie, panaris**. Si ce panaris nécrosant est chronologiquement tardif dans l'histoire naturelle de la maladie, il en est le signe le plus manifeste et constitue bien souvent le motif principal de consultation.

La sémiologie décrite par Morvan dans ses nombreuses observations est résumée ainsi par M. Gerson^[10, p. 7-10] :

- **Troubles trophiques** : panaris des extrémités supérieures pouvant conduire à une nécrose mutilante d'une ou plusieurs phalanges. Ces panaris peuvent concerner un ou plusieurs doigts et se répéter dans le temps. D'autres troubles trophiques sont notés : ulcérations des plis, œdème et coloration violacée des mains, hypersudation contrastant avec une peau froide, déformations unguéales.
- **Troubles sensitifs** prédominant aux membres supérieurs, mais parfois également au thorax ou au tronc tout entier. Le mode le plus fréquent est celui d'une thermo-analgésie partielle ou complète pouvant être associé à divers degré à une atteinte du tact épicritique.
- **Troubles moteurs** fréquents, localisés préférentiellement aux membres supérieurs et particulièrement à la main, associés à une amyotrophie palmaire.

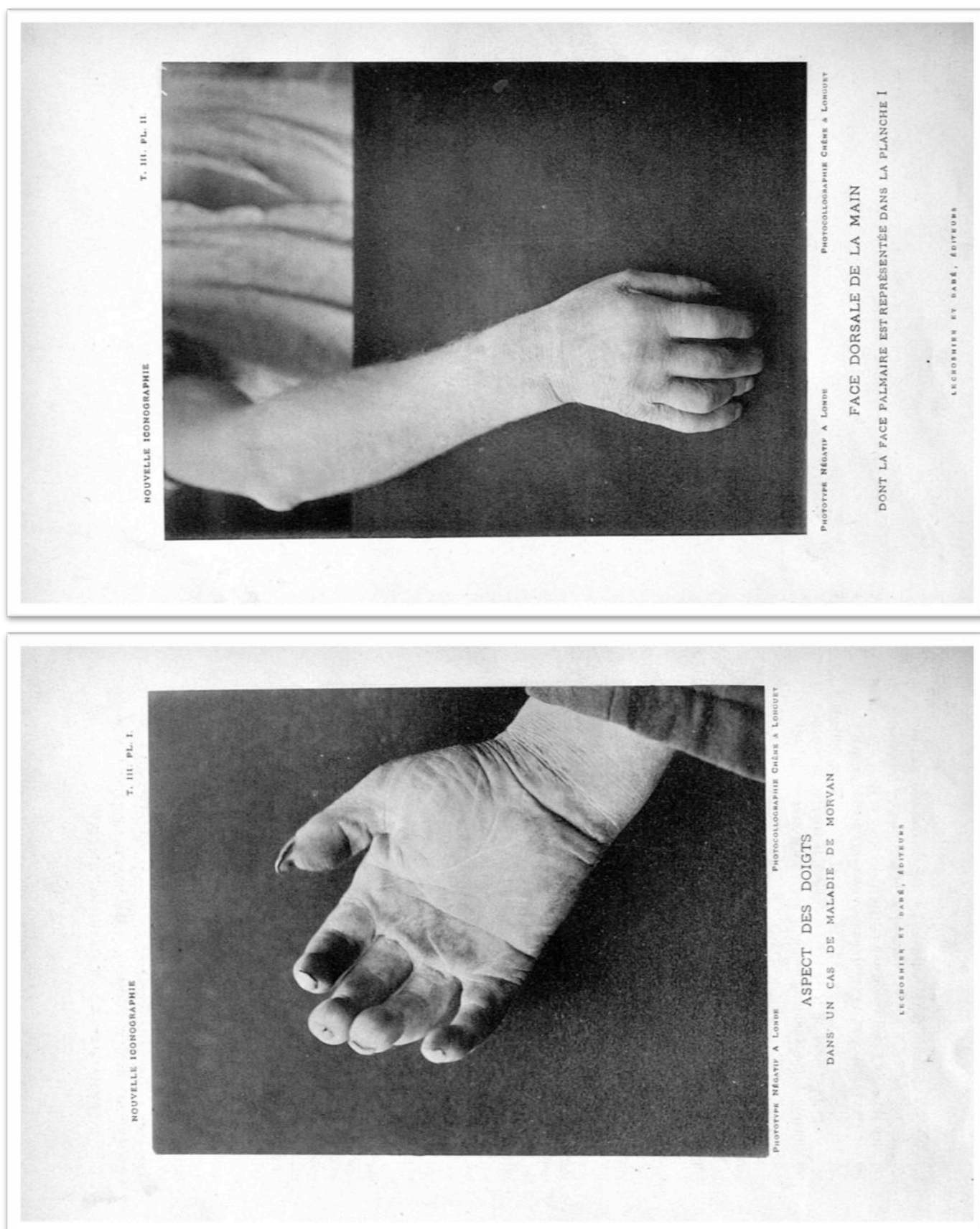


Figure 14 – Aspect des doigts dans un cas de maladie de Morvan
 G. Guinon et A. Dutil – Deux cas de maladie de Morvan
 In Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière (1890) Tome III, pp. 1-15

Morvan note que le début de la maladie est parfois bruyamment précédé par l'apparition de douleurs vives, fulgurantes aux membres supérieurs. En dehors de cet événement inconstant, la progression de la maladie est très lente, si bien qu'il peut s'écouler plusieurs années sans apparition de nouveaux symptômes. Enfin, il constate que certains malades rapportent avoir été victime d'un traumatisme précédant le début des troubles, mais refuse d'y voir un lien de cause à effet.

Sur l'origine de la maladie, Augustin Morvan n'a pas de certitude, mais une idée assez précise : il localise l'origine du mal « *dans l'axe bulbo-spinal* », et plus précisément à la moelle épinière dans « *la portion qui correspond à l'origine des nerf brachiaux* ». Il regrette de ne pas en apporter la preuve mais suppose qu'elle sera obtenue par l'examen nécropsique. En cela, il voit parfaitement juste.

Comme pour chacune de ses publications, Morvan s'attache ensuite à individualiser sa découverte en la comparant aux possibles différentiels : névralgie ancienne, gangrène symétrique des extrémités de Raynaud, érythromélgie de Weir Mitchell et sclérodactylie du docteur Ball.

Débats autour de la maladie de Morvan

Jusqu'à la fin de sa vie, Morvan écrira sur le panaris paréso-analgésique. Nous verrons combien les débats sur son individualisation nosologique et son étiologie furent importants. Et bien ; à chaque nouvelle hypothèse de l'un de ses confrères, à chaque découverte d'un nouveau symptôme pouvant entrer dans le cadre de cette pathologie, Morvan convoque ses malades, les réexamine de pied en cap et publie ses observations dans la *gazette* à six reprises :

- *Nouveaux cas de paréso-analgésie des extrémités supérieures*^[56] en 1886
- *Des arthropathies dans la paréso-analgésie*^[57] en 1887
- *De la scoliose dans la paréso-analgésie*^[58] en 1887
- *De l'anesthésie sous ses divers modes dans la paréso-analgésie. Cas frustrés de paréso-analgésie*^[59] en 1889
- *Rétrécissement du champ visuel dans la paréso-analgésie (Maladie de Morvan)*^[60] en 1891
- *De la paréso-analgésie (Maladie de Morvan) à l'état frustré*^[61] en 1894

Les débats autour de la maladie de Morvan s'articuleront surtout autour de sa parenté avec la syringomyélie, hypothèse qui emportera rapidement l'adhésion de la communauté scientifique. D'autres étiologies furent cependant discutées. En effet, devant une forte prévalence bretonne (patients de Morvan et Prouff) contrastant avec

une grande rareté sur le reste du territoire français, l'idée d'une origine infectieuse fut émise, notamment celle d'une parenté avec la neurosyphilis ou la lèpre. Nous présenterons ces hypothèses historiques les unes après les autres.

La maladie de Morvan comme variété de syringomyélie.

Si la première publication de Morvan sur la paréso-analgésie date de 1883, il fallut attendre deux années pour que d'autres cas soient rapportés dans la littérature. On peut s'étonner de ce délai : puisque le tableau clinique semblait si fréquent en Basse-Bretagne, pourquoi était-il si rare ailleurs ? Toujours est-il que le 9 avril 1885, c'est Auguste Broca (1859-1924, fils de Paul) qui présente devant ses pairs un nouveau cas de panaris analgésique, notant au passage la présence d'une scoliose et d'un antécédent traumatique dont il soupçonne l'influence sur le développement des troubles^[62]. En 1887, trois autres cas sont publiés (Prouff de Morlaix^[63], Hanot de Paris^[64], Colleville de Reims^[65]). Ces observations permettent d'ajouter au tableau clinique un nouveau symptôme, la scoliose (Broca^[62], Prouff^[63]) dont on ne s'accorde pas sur le fait qu'elle est la cause ou la conséquence de la maladie de Morvan^[58].

Parallèlement en Allemagne, Otto Kahler (1849-1893) et Freidrich Schultze (1848-1934) décrivent en 1882 le tableau clinique de la syringomyélie et l'associent de manière formelle à la découverte autopsique d'une cavité verticale de la moelle épinière envahissant « *exclusivement la substance grise des cornes postérieures.* »^[66]. A partir de ce moment, les observations cliniques de syringomyélie se multiplient, en particulier en Allemagne, mais bizarrement pas en France où l'on semble reconnaître la pathologie sans cependant la nommer^[67]. Ce n'est qu'en 1889 que des français présenteront des travaux académiques sur le sujet (Dejerine, Bruhl...). Cette reconnaissance de la syringomyélie est consacrée par Charcot dans sa leçon magistrale du mardi 28 juin 1889 à la Salpêtrière : « *Je me propose de vous présenter quelques exemples d'une maladie organique spinale nouvellement introduite dans la clinique neuropathologique (...) J'ai nommé la Syringomyélie.* ». Morvan n'avait donc certainement pas connaissance de cette pathologie quand il publiait pour la première fois, en 1883, sur le panaris analgésique.

C'est d'ailleurs seulement en 1887 que Wladimir Roth établit pour la première fois un rapprochement entre syringomyélie et maladie de Morvan. Dans sa *contribution à l'étude symptomatologique de la gliomatose médullaire*, présentée au second congrès des médecins russes, il écrit au sujet de la syringomyélie : « *il faut rapporter sans doute à cette maladie sinon toutes les observations de Morvan, au moins la plupart d'entre elles.* »^[68]. D'autres le suivirent dans cette idée.

Cependant en 1888, d'Oger de Spéville soutint à Paris la première thèse consacré à paréso-analgésie à laquelle il donne le premier le nom de maladie de Morvan^[69]. Oger s'y déclare indiscutablement favorable à l'originalité de cette pathologie mais juge que seule l'anatomopathologie saura trancher le problème de ses rapports éventuels avec la syringomyélie. Une première autopsie est réalisée en 1889 par Prouff et Gombault^[70] mais n'est pas concluante.

En 1889, Morvan lui même s'empare du débat et plaide sans surprise pour l'originalité nosologique de la maladie qui porte désormais son nom^[59]. Il s'estime fondé à cette distinction en raison de la présence d'un panaris, qu'il juge anecdotique dans la syringomyélie, et qui est la quintessence de la maladie de Morvan. Certains grands médecins français se rangent derrière son avis, tel Déjerine qui continuera longtemps de combattre la théorie unitaire^[71], tel Charcot qui déclarait avec prudence que « *l'autopsie relatée par le docteur Gombault (...) paraît peu favorable à la théorie unitaire.* »^[72]

Ce débat sera finalement tranché par les travaux de Joffroy et de son interne Achard dans deux publications successives datées de 1890. Achard assure que les tableaux cliniques des deux pathologies se chevauchent largement : ainsi, il n'est pas rare de rencontrer des panaris dans d'authentiques cas de syringomyélie. Par ailleurs des atteintes sensibles auparavant jugées spécifiques de la syringomyélie (dissociation thermo-algique) peuvent se retrouver dans la maladie de Morvan et être absente dans la syringomyélie^[73]. Cet argumentaire est complété par une autopsie qui prouve l'origine médullaire de la lésion causale et la rattache à la syringomyélie^[74].

Suite à ces publications, Charcot se rallie finalement à la théorie unitaire qui fera dorénavant autorité dans l'enseignement médical français. Il écrit dans une leçon de mars 1891 intitulée *Sur un cas de syringomyélie avec panaris analgésique (type Morvan)* :

« Il est devenu évident à un moment donné que seule l'anatomie pathologique pouvait fournir au problème une solution définitive. Elle a parlé, et, à mon avis, d'une façon péremptoire, dans le sens de la doctrine unitaire. (...) Il n'y a pas deux maladies distinctes : il n'y en a qu'une, et la maladie de Morvan représente seulement, tout originale qu'elle puisse paraître cliniquement, une forme atypique de la maladie syringomyélique »^[75]

Ainsi la maladie de Morvan disparaît de la nosologie en tant qu'entité indépendante pour devenir une forme clinique de la syringomyélie. Cette classification est toujours d'actualité mais ne doit pas nous empêcher d'évoquer les autres hypothèses étiologiques qui furent soulevées à l'époque : le tabès syphilitique et la lèpre autochtone.

La maladie de Morvan comme variété de tabes dorsalis

Le *tabes dorsalis* est une dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle épinière rencontrée à un stade avancé de la syphilis, dont le tableau associe douleurs fulgurantes, ataxie et aréflexie, ainsi que certaines manifestations articulaires. Le tabès est une pathologie à la mode à la fin du XIX^e : Alphonse Daudet en fut victime* et Arthur Conan Doyle la choisit pour thème de sa thèse de médecine en 1885^[77].

C'est Morvan lui-même qui évoque l'hypothèse d'un rapprochement entre tabès et paréso-analgésie en 1887^[57]. En effet, il constate chez plusieurs de ses patients, ainsi que chez l'un des malades du Dr Prouff^[63], la présence à l'examen clinique d'arthropathies du membre atteint. Ces arthropathies concernent, d'après les estimations de Morvan, un tiers des patients paréso-analgésiques et rappellent celles que l'on peut retrouver chez les malades tabétiques.



Figure 15 - Demyelination of the posterior columns of the spinal cord known as "Tabes Dorsalis" – Center for Disease Control, Public Health Image Library #2345 – CDC/S. Lindsley, 1971- Public domain.

Si Morvan soulève l'idée d'une parenté entre tabès et paréso-analgésie, c'est pour mieux la réfuter. Il poursuit en effet son exposé par la démonstration de la singularité de ces deux pathologies, qui présentent plus de différences que de points communs sur le plan clinique. Par ailleurs, Morvan note que la corrélation récemment admise entre tabès et syphilis^[démontrée par Fournier dans (78)] rend peu probable sa présence en Bretagne :

« (...) dans les campagnes bretonnes, les maladies vénériennes sont de rares exceptions. Quoique exerçant aux portes d'une grande ville maritime, c'est à peine si de loin en loin nous voyons à notre consultation un syphilitique. Encore est-ce le plus souvent un enfant du pays attaché à la marine et payant son tribut à la civilisation. »

Les deux pathologies peuvent tout de même être aisément confondues par le clinicien comme le note Fulgence Raymond (1844-1910) dans sa leçon à la Salpêtrière du 1^{er} avril 1898 : « *La syringomyélie peut simuler d'une manière frappante la symptomatologie du tabès ; c'est quand la gliomatose syringomyélique réalise la même topographie que le processus spinal du tabès.* »^[79]

* expérience racontée par Daudet lui-même dans *la douleur*^[76]

La maladie de Morvan : une lèpre autochtone bretonne ?

Les rapports entre maladie de Morvan et lèpre furent évoqués dès 1889 par Charcot dans ses *leçons orales à la Salpêtrière*. Il note cependant de franches différences cliniques entre les deux pathologies et rejette fermement l'hypothèse : notablement, les cas autochtones de lèpre sont inexistant en France depuis le XVI^e siècle, ce qui rend la parenté peu probable^[80].

Ceci n'était pas l'avis du médecin ottoman naturalisé français Démétrius-Alexandre Zambaco Pacha (1832-1913). Celui-ci s'établit à Constantinople après un internat parisien et jouissait d'une grande réputation dans le domaine de la léprologie. Si bien qu'il était fort écouté par la communauté médicale internationale, qu'il fut correspondant de l'Académie de Médecine de Paris, de l'Institut de France, de l'Académie des Sciences de Saint-Petersbourg^[81] et qu'il fut également le médecin personnel du sultan Habdul-Hamid.



Figure 16 - Démétrius Zambaco Pacha. Copyright Académie nationale de médecine 2012

En 1891, il écrivait dans un ouvrage consacré à la lèpre dans le bassin méditerranéen et en Europe :

« Je soupçonne même sa présence au centre de la France chez les malades atteints de cette nouvelle affection décrite par notre illustre maître M. Verneuil, et par le Dr Morvan, sous le nom de Paréso-analgésie des extrémités; affection qui ressemble énormément à la lèpre trophonerveuse ou à la mutilante. »^[82, p. 3]

Zambaco Pacha eut toute sa vie l'idée que la lèpre était une affection héréditaire et qu'elle ne s'était donc jamais éteinte^[83]. Hensen avait pourtant mis en évidence le *mycobacterium leprae* dès 1873^[84]. Si Zambaco reconnaissait l'existence du bacille de Hensen, il n'en faisait pas une condition nécessaire et suffisante de la lèpre, qu'il jugeait peu ou pas contagieuse. Sa théorie postule qu'en des lieux où l'hygiène et la salubrité publique empêchent la transmission infectieuse de la lèpre, celle-ci ne s'éteint pas et se transmet par atavisme de génération en génération. Ainsi expliquait-il la présence de la lèpre en Bretagne, sous la forme d'une lettre adressée au Dr Thibierge publiée *in extenso* dans les colonnes de la *gazette* (1891) :

« Il se pourrait bien que la maladie de Morvan et la syringomyélie ne fussent que des cas de lèpre modifiée par la civilisation, le climat et surtout les conditions hygiéniques dans lesquelles vivent les habitants de la France (...) Veuillez en effet comparer les observations publiées par le Dr Morvan à quelques unes de nos observations de lèpre mutilante (...) Tout est absolument identique dans la nouvelle entité morbide et dans l'affection préhistorique considérée, bien à tort, comme ayant entièrement disparu de l'Europe centrale. Je soutiens que, si les malades de Morvan étaient observés dans un pays où la lèpre sévit endémiquement, personne n'aurait songé à créer une maladie nouvelle. »^[85]

Armé de ces certitudes, Zambaco Pacha s'embarque séance tenante dans un voyage qui le conduira du Bosphore au fin fond de la Bretagne, à la recherche de ces cas autochtones de lèpre ; voyage qui eut lieu mi-1892 et qu'il rapporta devant l'Académie de Médecine le 23 août 1892^[86].

Son périple l'amena en premier lieu à Brest où il rencontra deux malades pour lesquels le diagnostic de maladie de Morvan avait été posé, et qui n'avaient jamais mis le pied en dehors de Bretagne. Zambaco est formel : il s'agit d'une lèpre autochtone de type *lèpre mutilante*. Quelques jours plus tard, au pardon de Rumengol, le médecin de Constantinople croit voir des lépreux partout, remarquant parmi l'assistance grand nombre de mains mutilées. Zambaco Pacha profite de son séjour pour visiter les vestiges des léproseries bretonnes, y décelant autant d'éléments susceptibles d'apporter de l'eau à son moulin. Il rencontre également le Dr Prouff de Morlaix, ami et collaborateur de Morvan, afin d'examiner en sa compagnie plusieurs malades^[cas cliniques 63,70,87] : tous lépreux. À l'occasion de ce voyage en Finistère, Démétrius Zambaco avait prévu de rencontrer Augustin Morvan. Ce dernier, malade, ne put malheureusement pas le recevoir. Quoiqu'il en soit, le léprologue visita ensuite la région de Quimper, de Vannes puis celle de Saint-Brieuc avant de revenir à Paris faire son rapport devant l'académie de médecine.

Rendu à la capitale, Zambaco Pacha s'efforça de faire accepter sa position à ses confrères. Avec plus ou moins de succès. Sa grande réputation lui permit cependant de convaincre certains d'entre eux. Ainsi, Déjerine concède que la maladie de Morvan pourrait bien être une forme de lèpre, mais refuse d'accorder le même statut à la syringomyélie malgré l'insistance de Zambaco.

De manière peu surprenante, le léprologue pose des diagnostics de lèpre : Il conclut en somme qu'un foyer existe en Bretagne et que les malades actuels sont les descendant des lépreux du Moyen-Âge et de la Renaissance, l'atavisme pouvant sauter

une ou plusieurs générations. Par extension, il affirme que la lèpre existe partout en Europe. Concernant la syringomyélie, il affirme qu'il s'agit d'un tableau clinique pouvant être causé par de multiples étiologies dont la lèpre fait partie.

Les débats autour de l'unicité de la lèpre, de la syringomyélie et de la maladie de Morvan se poursuivirent pendant de nombreuses années. Gerson rapporte qu'un dénommé Marestang, médecin de Marine réputé pour son expérience léprologique aux Marquises, adhère à l'hypothèse d'une lèpre autochtone bretonne mais sans pour autant y rapporter tous les cas de maladie de Morvan (1893)^[10, p. 25]. Il précise d'ailleurs ne pas avoir retrouvé de bacille de Hansen ou d'autre signe de lèpre chez l'un de ses malades porteur d'une maladie de Morvan. Le léprologue parisien Jeanselme (1897), puis son disciple le Dr Plateau (1904) sont eux d'un grand scepticisme. Ces derniers exigent la preuve bactériologique et tendent à s'opposer à la thèse de la lèpre autochtone bretonne, ne constatant formellement que la présence d'un cas importé. Ils concluent finalement que la maladie de Morvan est indépendante de la lèpre et que l'existence d'une lèpre bretonne autochtone n'est pas démontrée^[88].

Les nombreuses réserves de la communauté médicale francophone n'ébranlèrent pas Zambaco Pacha, qui persista dans son idée comme le révèle la publication de son grand œuvre intitulé « *Anthologie : la lèpre à travers les siècles et les contrées* » (1914)^[89]. Il écrit :

« Nous avons dit et, si nous ne nous abusons, prouvé que le mal de Morvan, parésie analgésique des extrémités, n'est que la lèpre mutilante, parfois classique, souvent atténuée (...) En outre, dans la syringomyélie de Charcot, (...) il s'agit bien souvent de lèpre encore, ainsi que nous l'avons démontré. Nous avons mis hors de doute cette confusion sur des malades soignés dans les services nosocomiaux des plus grands maîtres parisiens, qu'ils considéraient comme des types de syringomyélie, lorsqu'il ne s'agissait réellement que de lépreux classiques »^[89, p. 191]

Le Pr Y. Le Gallo, dans un article historique sur la lèpre en Bretagne, note que le sujet d'une lèpre autochtone ne s'épuisa point puisque l'on relève dans la littérature médicale des références à ce sujet jusque dans le milieu des années 1960^[81].

Dans son exposé sur la maladie de Morvan, Gerson conclut de manière ambiguë au sujet de la lèpre autochtone : « *il paraît difficile d'admettre que la lèpre ait pu passer inaperçue de plusieurs générations de médecins jusqu'aux années 1880 !* » Mais plus loin : « *Qu'il y ait eu des cas de lèpre (...) paraît également possible.* » Il observe finalement avec raison que « *la lèpre ne peut expliquer toutes les observations de Morvan. Pourquoi aurait-elle adoptée constamment cette seule forme clinique ?* »^[10, p. 46]

Le mystère non résolu de la maladie de Morvan en Bretagne

S'il fut proposé dès la fin du XIX^e siècle que la maladie de Morvan représente en fait une forme clinique de la syringomyélie, on ne s'explique toujours pas comment une pathologie si rare put être si fréquente en Basse-Bretagne à cette époque. Cette anomalie statistique de prévalence incite à rediscuter l'étiologie de la maladie de Morvan au regard des connaissances médicales contemporaines.

De quoi furent malade les malades de Morvan ?

Dans sa publication initiale de 1883, Morvan rapporte pas moins de neuf cas de parésoanalgésie, recueillis en vingt-cinq années de pratique^[55]. En 1886, il publie un autre article qui présente huit nouveaux faits recueillis en seulement trois ans^[56]. Non loin de Lannilis, le Dr Prouff de Morlaix présente entre 1889 et 1891 cinq autres cas^[63,70,87]. On ne peut que s'étonner que deux praticiens aient pu rencontrer si souvent dans un secteur géographique si restreint une maladie si rare, au regard de ce que nous savons de la prévalence de la syringomyélie. Par ailleurs, comment expliquer que la présentation clinique de ces syringomyélies s'exprime systématiquement sur le mode du panaris analgésique, alors qu'il s'agit d'un symptôme plutôt rare ?

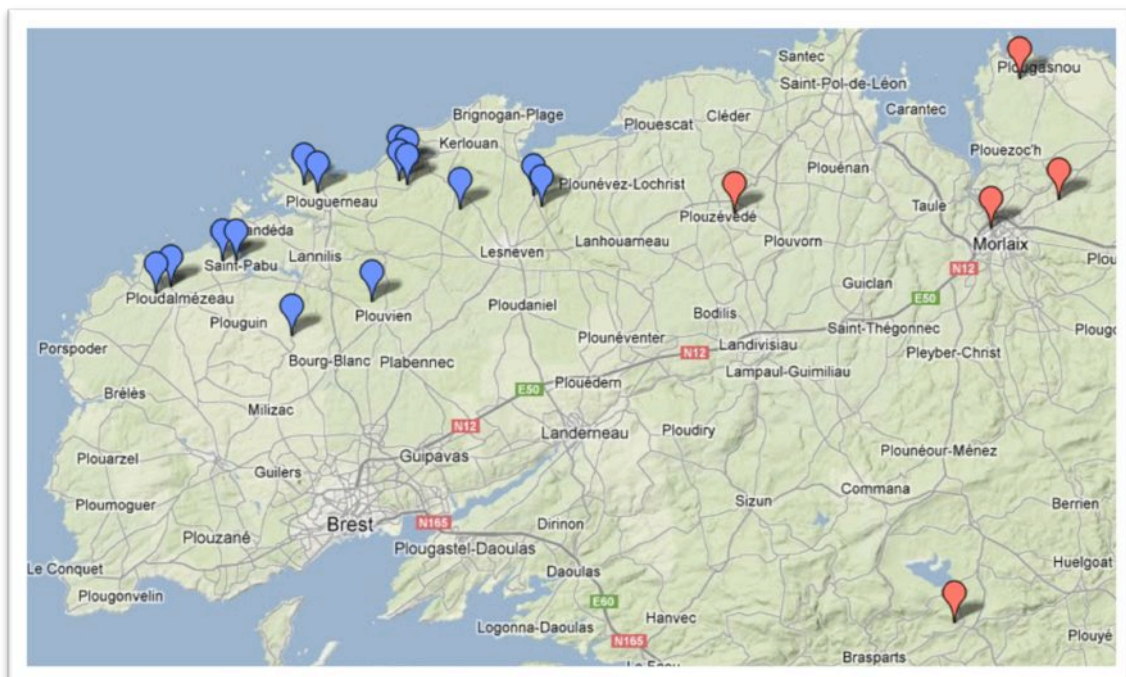


Figure 17 – Répartition géographique des vingt cas de maladie de Morvan recensés par A. Morvan (en bleu) et M. Prouff (en rouge) à la fin du XIX^e siècle en Finistère nord. Fond de carte copyright Google Maps 2012.

Pour répondre à ces questions, il faut d'abord considérer la maladie de Morvan en tant que syndrome clinique. En effet, il est possible d'imaginer que l'ensemble syndromique réalisant la maladie de Morvan puisse trouver sa cause dans plusieurs étiologies. Cette possibilité fut discutée dès le XIX^e siècle^[69] et fut de nouveau étudiée par Gerson dans sa thèse de 1977^[10]. Dans cette optique, on peut séparer les étiologies candidates en deux catégories :

1^o/ La maladie de Morvan pourrait être due à une atteinte du nerf périphérique et non du système nerveux central. Attendu que la plupart des malades de Morvan ne présentent pas de dissociation sensitive à l'examen clinique (contrairement au tableau classique de la syringomyélie), cette idée mérite d'être retenue car les signes cliniques cardinaux de la maladie de Morvan (troubles trophique, atteinte sensitive et motrice) peuvent alors tout à fait s'expliquer par une lésion nerveuse périphérique.

Si une neuropathie périphérique d'origine génétique est peu probable (les malades de Morvan ne sont pas apparentés), elle ne doit pas être totalement rejetée au regard de ce que nous savons de la consanguinité dans cette région et des pathologies récessives associées. Toutefois, la répartition temporelle des cas de maladie de Morvan ne plaide pas en la faveur de cette idée : comment en effet expliquer par la génétique une telle concentration des cas recensés à la fin du XIX^e siècle, et leur quasi-inexistence à d'autres époques ? Les acropathies ulcéro-mutilantes de Thévenard constituent l'exemple typique de ces neuropathies. Il s'agit cependant d'une pathologie autosomique dont le caractère dominant fait immédiatement évoquer une origine familiale. Par ailleurs, les troubles trophiques du Thévenard sont préférentiellement localisés aux membres inférieurs, contrairement à ceux de la maladie de Morvan.

L'idée d'une cause infectieuse est également admissible, quoiqu'il faille se concentrer sur des infections d'évolution lente et de faible contagiosité. La lèpre correspond à ces critères mais nous avons déjà dit plus haut ce que nous en pensions. Les autres conditions infectieuses chroniques pouvant conduire à un tableau de polyneuropathie (hépatite, Lyme, Guillain-Barré, diphtérie) n'emportent pas non plus la conviction.

Les neuropathies d'origine métabolique doivent bien sûr être évoquées. Le diabète peut bien sûr conduire à de tels tableaux de neuropathies mutilantes, mais ce fait n'était pas inconnu à la fin du XIX^e et les urines des patients furent testées. La carence en vitamine B12 est également susceptible d'entraîner tardivement des neuropathies périphériques, mais ses conséquences hématologiques sont toujours au premier plan du tableau clinique.

Reste le cas des neuropathies d'origine toxiques. L'alcoolisme est une cause fréquente de neuropathie périphérique mais s'exprime rarement par ce seul symptôme. Par ailleurs, Morvan avait l'habitude dans ses observations de commenter la tempérance de ses patients : un éthylisme sévère eût peu de chance de passer inaperçu. L'idée d'un facteur environnemental est séduisante : elle pourrait expliquer cette répartition spatiale et temporelle si spécifique de la maladie de Morvan. La seule piste dont nous disposons est celle d'une intoxication chronique par le plomb dont nous avons parlé plus haut au sujet de l'affaire des potiers (cf. p.23). Le saturnisme peut en effet être révélé par une atteinte nerveuse périphérique de manière tout à fait précoce. Cependant, cette hypothèse n'est pas meilleure que les autres car l'expression clinique du saturnisme ne manque pas d'y associer d'autres symptômes (digestifs et nerveux centraux en particulier). L'idée d'une étiologie toxique à la maladie de Morvan fut pourtant évoquée dès 1883 par le Dr Guelliot de Reims dont un patient manipulait quotidiennement des teintures textiles^[90].

Au total, l'hypothèse d'une cause neurologique périphérique à la maladie de Morvan reste peu probable, sauf à imaginer une cause environnementale toxique inconnue, géographiquement et temporellement circonscrite, réalisant ce tableau clinique si particulier.

2°/ L'hypothèse d'une cause neurologique centrale à la maladie de Morvan est largement admise depuis le début du XX^e siècle. Morvan lui même le suggérait dès sa première publication. Le tableau clinique de cette pathologie est effectivement fortement évocateur d'un tel mécanisme : neuropathie sensitive et parésiente, symétrique et strictement localisée au membres supérieurs. Si l'on postule d'une origine centrale, celle ci est nécessairement médullaire, et plus précisément localisée au niveau des racines nerveuses constituant le plexus brachial.

Cette localisation anatomique ne préjuge cependant pas de la cause de la maladie. Il a en effet été écrit par plusieurs auteurs qu'une lésion de quelque nature qu'elle soit peut conduire à un tel tableau, pourvu qu'elle trouve son siège à l'endroit susdit. On peut ainsi imaginer qu'un processus tumoral, infectieux, hémorragique, dégénératif, inflammatoire ou traumatique réalise les conditions anatomiques propices à ce tableau clinique. Peu de pathologies peuvent en pratique répondre à ces conditions. Le tabès était une proposition astucieuse, mais son expression clinique ne saurait être réduite au seul tableau décrit par Morvan, et cette pathologie aurait rapidement été démasquée. La sclérose en plaque est connue pour provoquer un large éventail de signes centraux encéphaliques ou médullaires mais la probabilité est infime que son expression clinique provoque chez de si nombreux patients un tableau si peu commun. La syringomyélie est

en fait la pathologie candidate la plus crédible au regard de ce que l'on sait maintenant de cette maladie^[67,91,92] :

Le syndrome syringomyélique est une entité anatomo-clinique aujourd'hui parfaitement décrite et stable dans la nosologie qui associe :

- Des troubles sensitifs de l'un ou des deux membres supérieurs avec diminution ou abolition de la sensibilité thermique et algique contrastant le plus souvent mais non systématiquement avec une préservation de la sensibilité tactile.
- Des troubles trophiques du ou des membres malades, au premier rang desquels une amyotrophie, mais également dans une moindre mesure les panaris décrits par Morvan ainsi que des escarres ou maux perforants. Des déformations à type de scoliose sont parfois notées.
- Une diminution ou abolition des réflexes ostéo-tendineux des membres atteints.
- Des douleurs neuropathiques d'intensité variable, des douleurs cervico-occipitales.
- Dans les cas les plus avancés, on peut également retrouver un syndrome sous-lésionnel associant syndrome pyramidal et syndrome cordonal postérieur.

L'évolution de la syringomyélie est habituellement lente. Ses facteurs favorisant et déclenchant sont partiellement individualisés :

- Les facteurs favorisant sont représentés par les anomalies anatomiques de la jonction craniocervicale (malformation d'Arnold-Chiari dans 90% des cas...) ou spinale (spina bifida...), ou encore les anomalies dégénératives de la colonne vertébrale (forte scoliose, pathologies discales...)
- Les facteurs déclenchant de la syringomyélie sont divers : post-traumatiques, post-chirurgicaux, post-hémorragiques, post-méningite, tumeurs intra ou extra-médullaires.

Ces processus pathologiques ont en commun qu'ils réalisent des conditions anatomiques ou hydrodynamiques aboutissant à l'accumulation de liquide dans le canal épendymaire et à la formation de la cavité syringomyélique. Cette pathologie est donc essentiellement acquise mais peut être favorisée par des facteurs congénitaux. En plus de ce que nous avons dit et qui représente la règle générale, il faut noter l'existence de rares cas familiaux à transmission autosomique récessive (2% des cas de syringomyélie). La prévalence actuelle de la syringomyélie est estimée à 8,4 cas pour 100 000.

L'étude du tableau clinique princeps de Morvan à la lumière de ces connaissances médicales récentes accrédite l'hypothèse d'une parenté entre syringomyélie et paréso-analgésie à panaris, qui n'en serait qu'un type clinique. Cette idée fut renforcée, dès la fin du XIX^e, par la réalisation d'autopsies retrouvant la présence d'une cavité syringomyélique au sein de la moelle épinière chez des malades souffrant de maladie de Morvan*.

On peut donc raisonnablement juger que la plupart des malades de Morvan furent porteur de syringomyélie, au regard du tableau clinique qu'ils présentèrent. Nous avons vu plus haut que la syringomyélie correspond en fait à un syndrome dont les causes déclenchantes et favorisantes sont multiples : auxquels de ces facteurs pouvons-nous alors attribuer les malheurs des malades de Morvan ? A la relecture des observations cliniques, il apparaît que nombre de ces patients furent victimes d'un traumatisme, parfois violent, et pouvant être concomitant du début de la maladie ou bien très antérieur à celui-ci. D'autres auteurs notent également l'existence d'un traumatisme dans les antécédents et y supposent même un lien de cause à effet^[62]. Nous savons actuellement que les traumatismes rachidiens sont une cause majeure de syringomyélie acquise, ce qui renforce cette hypothèse.

Au final, il apparaît difficile de rendre compte par une explication simple de tous les cas recensés par Morvan et Prouff dans le nord du Finistère. Le principe de parcimonie voudrait pourtant que cela soit le cas : devant tout tableau clinique donné, la probabilité d'une étiologie simple et unique est plus importante que celle d'étiologies multiples ou multifactorielles. De quelque côté que l'on se range, que l'on soit partisan de la syringomyélie ou de la neuropathie périphérique, une question reste posée : si la maladie de Morvan n'est pas une entité nosologique individualisée, comment expliquer qu'en Bretagne, à la fin du XIX^e siècle, elle se soit systématiquement et fréquemment exprimée sur ce mode si singulier du panaris analgésique ? Nous n'apporterons malheureusement pas plus de réponse que nos prédécesseurs à cette question. Pour avancer sur le sujet, il pourrait être intéressant de compiler l'ensemble des observations de maladie de Morvan afin de comparer précisément les tableaux cliniques et de rechercher dans les anamnèses respectives une corrélation quelconque.

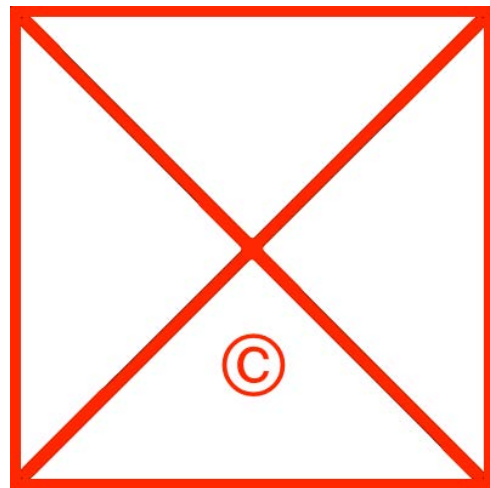
* Il est cependant important de noter qu'aucune autopsie concluante ne fut pratiquée sur les patients bretons de Morvan et Prouff, mais seulement sur des patients parisiens.

5. De l'onyxis malin et de son traitement par l'iodoforme

C'est au mois de juin 1888 qu'Augustin Morvan publie dans la gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie sa quatrième contribution publique à la science médicale sous le titre *De l'onyxis malin et de son traitement par l'iodoforme*^[93]. Il s'agit d'un court article, agrémenté comme à chaque fois de plusieurs présentations cliniques, qui propose l'utilisation de pansements iodés dans la prise en charge de certains onyxis alors exclusivement traités de manière chirurgicale.

A propos de l'onyxis malin

Morvan débute son exposé par une bibliographie historique de cette pathologie. Il convient tout d'abord de préciser que la terminologie moderne des pathologies unguéales ou péri unguéales diffère un peu de celle de l'époque. Ainsi, le terme *onyxis* couvrirait à l'époque toute affection inflammatoire du derme sous unguéal ou rétro unguéal associée à une lésion de l'ongle. Cependant, la définition de ces pathologies unguéales ou périunguérales n'était pas figée au XIX^e siècle du fait de débats et d'incertitudes étiologiques.



L'onyxis malin auquel fait référence Morvan dans son article est décrit dès 1814 par Wardrop^[94] et consiste en *une ulcération fongueuse de la matrice et du lit de l'ongle, une suppuration sanieuse d'une grande fétidité, et un ramollissement de l'ongle qui était comme usé, macéré et réduit en lambeaux*. Ajoutons à cela une grande difficulté à guérir, qui lui vaut le qualificatif de malin. Cette pathologie n'est donc pas un simple panaris car elle associe une atteinte de l'ongle d'allure fongique à un périonyxis douloureux et suppurant.

Figure 18 - Onyxis syphilitique – Musée des moulages de l'hôpital Saint-Louis (AP-HP) - Hillairet 1877 - Main droite, face dorsale - Collection générale n° 506, vitrine 68 : Syphilides tertiaires

Les hypothèses étiologiques proposées à l'époque sont diverses : comme on ne parvenait que très mal à guérir cet onyxis malin, il fut d'abord confondu avec l'onglade syphilitique et se vit attribuer le titre d'onyxis syphilitique. Sous l'impulsion de Dupuytren en 1839^[95 pp.396 et suiv.], puis de Saint-Germain, une division nosologique est faite entre onyxis syphilitique et onyxis scrofuleux (la scrofule étant la forme extra-pulmonaire de la

tuberculose) sur les critères sémiologiques et thérapeutiques suivants : l'onyxis scrofuleux se présente plus volontiers à la main qu'au pied et n'atteint qu'un seul doigt ; il existe chez l'enfant quand l'onglade est plus fréquente chez l'adulte ; il est résistant au traitement par mercure habituellement appliqué dans l'onglade.

C'est au traitement des onyxis dits scrofuleux que Morvan s'intéresse.

Du point de vue de l'observateur contemporain et à la lecture des observations cliniques de Morvan, on peut dire que la plupart des cas rencontrés seraient aujourd'hui simplement qualifiés d'onyxis et de périonyxis infectieux (quelque soit l'agent en cause), d'autant plus que la plupart des cas décrits sont post-traumatiques (écrasement, blessure, contusion...), sans véritable argument pour une pathologie tuberculeuse sous-jacente : si l'onyxis ou onglade syphilitique porte bien son nom et demeure une pathologie identifiée, l'onyxis scrofuleux est probablement sans aucun rapport avec le bacille de Koch. Il s'agirait alors plutôt d'une infection bactérienne ou fongique de l'ongle et de la région périunguéal. Plus précisément, les descriptions cliniques de Morvan sont évocatrices de ce que l'on peut rencontrer de nos jours dans l'onyxis et le périonyxis à *candida albicans*.

Morvan d'ailleurs réfute pour ses patients le qualificatif de scrofuleux sur ces mêmes arguments, et lui préfère le terme plus générique de dactylite unguéal. Il postule que c'est le recrutement des patients des docteurs Dupuytren (Hôtel-Dieu) et de Saint-Germain (Hôpital des enfants malades) dans les classes les plus misérables de la population (et donc fréquemment phthisiques ou scrofuleux) qui a fait confondre une simple comorbidité en un lien de cause à effet, et a conduit à cette classification

Traitement historique de l'onyxis malin

Depuis Dupuytren en 1832 (dans ses leçons orales de clinique chirurgicale, faites à l'hôtel-Dieu de Paris, article VIII, De l'ongle rentré dans les chairs^[95 article VIII]), le traitement de choix de cette affection est chirurgical. Il renonce en effet aux agressives cautérisations au fer ou au recours aux caustiques pour proposer une solution également agressive, mais purement chirurgicale et extrêmement douloureuse en l'absence d'anesthésie. Nous rapporterons à la suite de Morvan cet extrait des leçons de Dupuytren : « Pour pratiquer cette opération, je fais asseoir le patient sur un lit ou sur une chaise, et saisissant l'orteil malade avec la main gauche, je pratique à l'aide d'un bistouri droit une incision profonde et demi-circulaire, à trois lignes au delà du repli de la peau qui supporte l'ongle à son origine; cette incision est dirigée parallèlement à ce repli qu'elle entoure et cerne en quelque sorte dans sa totalité. Alors, un aide maintenant l'orteil malade en position, je relève le lambeau d'arrière en avant avec des pinces à

disséquer, et détache avec le bistouri toutes la peau qui était en rapport avec l'ongle en qui concourrait à sa production »^[95 p. 404] C'est donc une avulsion complète de l'ongle et de sa matrice que réalise Dupuytren. Si la technique est radicale, son efficacité est discutable puisqu'elle a nécessité une reprise chirurgicale dans les quatre cas décrits par le praticien.

Soixante ans plus tard, le Dr de Saint-Germain pratique toujours une variante de cette intervention (ablation de l'ongle, grattage de sa matrice et abrasion des fongosités, désinfection à l'alcool) avec plus de succès (peu de récurrence), et avec le grand bénéfice de l'apport des progrès en anesthésie locale ou générale. Ces pratiques sont rapportées par son élève, le Dr Olivier Bouis^[96], car Saint-Germain lui même n'a pas écrit sur le sujet.

Proposition thérapeutique de Morvan

Morvan part du constat que le succès de la méthode chirurgicale est incertain et qu'elle présente de plus de nombreux inconvénients : douleurs post-interventionnelles et durée de séjour prolongée à l'hôpital (trente-et-un jours en moyenne pour les malades de Saint-Germain !). Il propose à ses confrères lecteurs de la gazette une alternative présentant selon lui le triple avantage d'une durée de traitement plus courte (dix-sept jours en moyenne, en ambulatoire), d'une absence de récurrence (sur les treize cas qu'il publie), et d'une conservation de l'ongle.

Le principe du traitement de Morvan consiste en l'utilisation de pansements d'iodoforme. L'iodoforme a été préparée pour la première fois en 1822 par le Pr Georges Serullas^[97], pharmacien du Val-de-Grâce, et sa structure moléculaire a été identifiée par J.B. Dumas en 1834. Son utilisation fut très répandue en tant que produit antiseptique dans les hôpitaux et cabinets médicaux, et son odeur caractéristique participait grandement à « l'odeur d'hôpital ». De nos jours inusité, cet antiseptique est largement remplacé par la povidone iodée (Bétadine®).

C'est en s'inspirant des travaux de ses confrères, à la lecture des annales de dermatologie et de syphilographie, que Morvan décide de tester l'approche d'un traitement médical de l'onyxis malin. En effet, le Dr Henri Fournier préconise avec quelques succès l'utilisation de la poudre d'iodoforme dans le traitement du périonyxis syphilitique (onglade syphilitique).

La technique de Morvan est celle-ci : « je commence par l'enlèvement de l'ongle, auquel je procède sous le chloroforme quelquefois, mais le plus souvent sous l'anesthésie locale obtenue grâce à la pulvérisation éthérée. En me servant de la pince hémostatique, j'arrive facilement à l'avulsion de l'ongle tout entier, racine comprise. Je couvre alors l'ulcère d'une couche d'iodoforme finement pulvérisée que j'assujettis avec de la ouate et

une bande roulée (...) Les pansements dans quelques cas rares ont été renouvelés tous les jours, mais d'habitude (...) que tous les trois à quatre jours (...) Je n'ai pas appelé le traitement général à mon aide (...) pour m'en tenir au traitement local qui m'a toujours suffit. »

Les résultats sont spectaculaires. Sur les treize cas recensés par Morvan portant sur des patients souvent très jeunes (9 mois à 27 ans), la guérison est toujours obtenue, en un à six pansements effectués sur une durée de cinq à quarante jours. Les avantages de sa technique sont importants : traitement ambulatoire de courte durée, peu douloureux, et permettant une repousse de l'ongle le plus souvent sans aucune déformation.



Figure 19 – Triiodomethane (iodoform) – Source Wikimedia Commons – Auteur : Opotan, 5 sept. 2011 – Licence d'utilisation CC BY-SA 3.0

Conclusion sur l'onyxis malin

Si Morvan n'a pas eu l'idée de l'utilisation de l'iodoforme dans le traitement local des onyxis, il fut le premier en France à le proposer en alternative à une douloureuse et incertaine intervention chirurgicale dans l'onyxis dit scrofuleux. Il est aussi celui qui conteste (avec raison) l'étiologie tuberculeuse de ce mal. Notre recherche bibliographique ne nous a pas permis de trouver d'autres articles de l'époque traitant de ce sujet. On peut cependant penser que d'autres praticiens eurent l'idée d'un traitement local et conservateur de ces affections sans nécessairement en faire publication. S'il n'en est pas l'inventeur, Morvan applique à sa pratique locale les théories scientifiques en vogue à la fin du XIX^e. En effet, dans les années 1860, le chirurgien et Lord anglais Joseph Lister (1827-1912), inspiré par les récentes découvertes de Louis Pasteur, proposa de désinfecter les plaies à l'aide de phénol, posant ainsi les bases de l'antisepsie chirurgicale.

Si cet article ne peut être considéré comme majeur dans l'œuvre de Morvan, il démontre son souci d'innovation et d'expérimentation dans le domaine médical, sa constante attention aux progrès de l'époque par sa lecture attentive des revues médicales, et son attachement à trouver pour ses patients un traitement des plus simple, conservateur et indolore.

6. La chorée fibrillaire : le syndrome de Morvan

Au mois d'avril 1890, Augustin Morvan publie « De la chorée fibrillaire »^[27]. Comme à son habitude, il choisit la *gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* pour partager sa découverte. Cette **chorée fibrillaire de Morvan** est aujourd'hui nommée **syndrome de Morvan** et ne doit pas être confondu avec la maladie de Morvan, qui désigne la paréso-analgésie à panaris.

Malgré la réputation de Morvan auprès de ses confrères, cet article passa relativement inaperçu à la fin du XIX^e. Le syndrome de Morvan est pourtant de nos jours au centre d'une recherche très active, s'attachant à expliquer sa physiopathologie. C'est pourquoi, après avoir étudié la publication originale, nous nous attacherons à faire l'historique de l'évolution des connaissances scientifiques autour de ce syndrome, du début du XX^e siècle à nos jours.

Publication de Morvan, avril 1890

C'est donc le 12 avril 1890 que Morvan fait publier son article dans la revue qui l'a fait connaître de ses pairs : La *gazette* lui fait l'honneur de la rubrique *mémoires originaux*.

Il commence sa présentation par s'étonner modestement du fait d'avoir de nouveau été confronté, du fond de sa campagne lannilisienne, à une maladie qu'il pense nouvelle et qu'il choisit de nommer chorée fibrillaire : « cette fois encore j'ai été favorisé par le hasard qui s'est plu, comme toujours, à semer sur ma route les cas rares, peu connus. »

Morvan a en effet pu, de 1860 à 1885, recueillir cinq observations cliniques de la pathologie. La première observation –la plus récente chronologiquement– est la plus complète et diffère quelque peu des quatre suivantes. Elle rapporte le cas d'un nommé Ernest Paul, cultivateur de profession, âgé de 33 ans.

Cet homme présente, alors qu'il se remet à peine d'une gale sévère, « un espèce de tremblement » constitué de contractions localisées aux fibres musculaires des jumeaux, sans que ces contractions n'entraînent le moindre déplacement de membre. A ces tressaillements musculaires, s'ajoute une certaine asthénie. Onze jours plus tard, le symptôme gagne du terrain pour s'étendre vers les cuisses, les fessiers, le tronc, les deltoïdes, et les muscles de la coiffe des rotateurs. Ces contractions anormales sont irrégulières mais fréquentes, et tellement diffuses qu'il est impossible de les compter. Elles sont accompagnées de douleurs à type de crampe, survenant au repos et non influencées par l'activité musculaire volontaire. Quatre jours encore, et l'état du malade se

dégrade franchement. Il se plaint d'une grande asthénie mais ne parvient pas à trouver le sommeil ; il transpire à grosses gouttes, mais n'a pas de fièvre ; il est tachycarde à cent-vingt battements par minute. Une semaine plus tard, l'état clinique s'améliore quelque peu, mais le malade présente une albuminurie. Il transpire toujours beaucoup et réclame à boire. Il reste très faible, et les contractions musculaires sont complètement généralisées (à l'exception de la face et du cou). Deux jours plus tard, le patient délire. Il est très tachycarde, autour de cent-cinquante au repos. Ses mains sont rouges, enflées, mais indolores. Encore deux jours, et le pauvre homme tombe dans le coma et décède la nuit suivante. Ainsi, des premiers signes à la mort, il s'écoule trente-cinq jours d'une dégradation progressive, pendant lesquels tout les traitements font échec : bromure de potassium, chloral, sulfate de quinine, potion à l'extrait de quinquina et à l'esprit de Mindérérus.

Les quatre autres observations sont analogues à la première à ceci près que les signes neurologiques centraux y sont absent ou peu prononcés, et que l'issue est tout à fait favorable. Il s'agit de trois jeunes femmes et d'un jeune homme (16 à 22 ans) qui présentent des contractions musculaires fasciculaires des membres inférieurs, accompagnées d'une fatigue de degré variable, et parfois d'une insomnie. La guérison est spontanée en quelques semaines à quelques mois, favorisée par les bains d'eau tiède. La pathologie est parfaitement bénigne et résolutive, mais récidive cependant chez deux patients, après quelques années d'intervalle libre.

Tableau clinique

A la suite de ces observations, Morvan dresse le tableau clinique précis de ce qu'il choisit d'appeler **chorée fibrillaire**. Il lui reconnaît les caractéristiques suivantes :

- **Des fibrillations musculaires** : « La maladie (...) est caractérisée par des contractions fibrillaires apparaissant tout d'abord dans les muscles des mollets et de la partie postérieure des cuisses, pouvant ensuite s'étendre aux muscles du tronc, et même à ceux des membres supérieurs, mais respectant toujours les muscles du cou et de la face. Dans les muscles longs, les contractions fibrillaires n'occupent que des points limités de la longueur des faisceaux ; mais dans les muscles courts (...), elles s'étendent à toute la longueur des faisceaux (...), (qui) s'élèvent et s'abaissent comme les touches d'un piano sous les mains du pianiste. L'irrégularité et la multiplicité des tressaillements sont telles qu'il est impossible de les compter ; il faudrait avoir l'œil partout à la fois. (...) Ces tressaillements ne sont accompagnés ni de tremblement, ni de déplacement d'aucune partie du corps. C'est une agitation stérile, un travail sans effet utile. (...) Le malade peut, malgré cette agitation, accomplir tous les mouvements de

préhension et de locomotion. Bien mieux, les spasmes s'arrêtent dans les muscles affectés, dès que ces derniers exécutent un mouvement volontaire. »

- **Des douleurs** d'intensité variable : « il y a constamment des élancements douloureux dans toutes les parties du corps, mais principalement dans les muscles qui sont le siège des tressaillements »
- A un stade plus avancé, une **tachycardie** et une polypnée (« le pouls, la respiration se précipitent »), accompagnées d'une **hypersudation** très marquée (« transpiration générale excessive, mouillant chemise et culotte. »), et d'une grande **asthénie** (« trois fois, nous voyons les malades obligés de garder le lit »), contrastant avec une irrépressible agitation motrice et une **insomnie** (« on ne peut rester longtemps ni levé, ni couché, et on change sans cesse de place, ne trouvant une bonne position »).
- A un stade plus avancé encore, le patient n°1 présente un syndrome délirant « portant sur la mort, des objets tristes, des incendies, etc. »
- Parmi les signes négatifs, Morvan note : l'absence de fièvre, contrastant avec l'hypersudation, et l'absence de troubles cognitifs (sauf au stade terminal de la maladie).

Pour résumer, le tableau brossé par Morvan comprend donc des trémulations musculaires involontaires et continuelles, n'entraînant pas de déplacement du segment de membre, une polymyalgie, une transpiration excessive, une insomnie d'aggravation progressive dont il ne sait si elle est due à la douleur, à l'agitation motrice, ou si elle est indépendante de ces deux facteurs et dans un cas, des signes centraux à type de confusion et coma.

Hypothèses physiopathologiques

Pour expliquer le tableau clinique, Morvan propose une hypothèse qu'il juge évidente et ne prend donc pas la peine de développer son argumentation. Ainsi, la question de la nature et du siège lésionnel est rapidement expédiée :

« La chorée fibrillaire est une lésion de la corne antérieure de la substance grise dont elle n'intéresse ordinairement que la portion où se trouve l'origine du nerf sciatique. Mais elle peut en sortir et gagner presque toute la hauteur du cordon antérieur. Limitée d'abord aux cellules motrices, elle ne s'y confine pas toujours ; on la voit alors s'étendre en profondeur, atteindre les centres excito-sudoraux et accélérateurs du cœur, et arrivant jusqu'au cordon intermedio-latéral, intéresser le centre vaso-moteur lui-même, que Pierret place à ce niveau. Le cordon postérieur reste toujours indemne. »

De manière plus anecdotique quoique fort amusante, Morvan consacre la fin de son article à ce qu'il qualifie d'*épiphénomène* : l'hyperhydrose. Il consacre premièrement de longs paragraphes à une comparaison avec l'hypersudation déjà décrite dans la paréso-analgésie et la syringomyélie, et se demande : « N'est-il pas paradoxal de rencontrer le même symptôme en des affections de nature si opposée, l'une ayant une action excitante, convulsivante, et les autres, déprimantes,

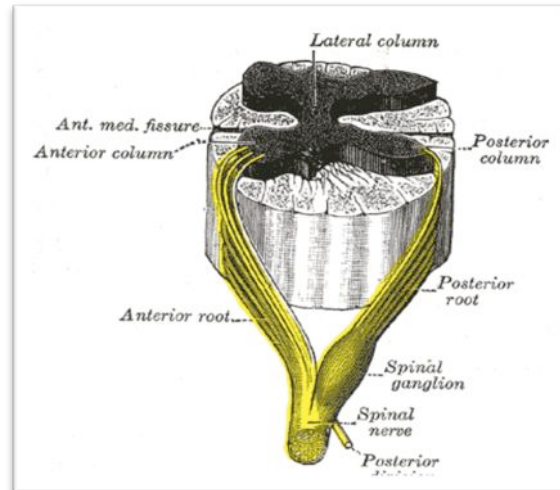


Figure 20 – D'après *Gray's Anatomy of the human body, 20th edition* - A spinal nerve with its anterior and posterior roots.

paralysantes ? Essayons d'en trouver l'explication.» Pour sa démonstration, Morvan se réfère à l'idée du neurologue Alfred Vulpian (1826-1887) qui proposait, avant de se rétracter, l'existence d'un double faisceau de nerfs, les uns excito-sudoraux et les autres fréno-sudoraux. Partant de cette hypothèse, il ne lui reste plus qu'à constater que la paréso-analgésie inhibe la stimulation fréno-sudorale, et que la chorée fibrillaire active la stimulation excito-sudorale, conduisant, dans les deux cas, à une hyperhydrose. Plus précisément, son raisonnement le conduit à penser que les nerfs excito-sudoraux prennent leur origine dans la corne antérieure de la moelle, et que les nerfs fréno-sudoraux prennent leur origine dans sa corne postérieure, au voisinage des afférences sensitives. Ce qui reste à vérifier, et de quelle manière ! Assisté de son ami Bergot, vétérinaire de son état, il propose une expérience qui consiste en la dissection, sous anesthésie générale, des racines médullaires postérieures lombaires de deux chevaux. La suite du protocole consiste en l'injection de pilocarpine, alcaloïde parasymphomimétique, et en l'observation attentive mais inconcluante de la sudation des pauvres animaux. La description de ces expériences par Morvan^[27] est comme à l'accoutumée tout à fait savoureuse et amusante. Cette soif de connaissance par la méthode expérimentale, influencée par les grandes recherches de l'époque en neurophysiologie, est tout à fait singulière dans le contexte rural de l'exercice de Morvan. Nul doute que ces expériences provoquèrent la curiosité ou la désapprobation dans le bourg de Lannilis.

Comparaison avec d'autres syndromes connus à l'époque

Pour affirmer le caractère individualisé et nouveau du tableau qu'il décrit, Morvan s'attache à une analyse comparative de ses observations à deux autres pathologies ressemblantes : la *chorée de Sydenham* et le *paramyoclonus multiplex* de Friedreich.

Il ne réalise cependant pas de comparaison avec la *chorée de Huntington*, pourtant décrite dès 1872. Peut-être est-ce à cause du caractère héréditaire patent de cette pathologie, qui la sépare de toutes les autres.

La *chorée de Sydenham* ou *chorée vulgaire*, décrite par le médecin anglais Thomas Sydenham (1624-1689), a plus longtemps été connue dans la tradition populaire sous le nom de danse de Saint Guy, en référence au martyr romain duquel les reliques auraient un pouvoir guérisseur pour les malades atteints d'épilepsie ou de chorée^[98]. Il s'agit en fait d'une maladie inflammatoire du système nerveux central liée à une réaction auto-immune, suite à une infection par le streptocoque A β -hémolytique, et qui provoque une destruction de certaines cellules du *striatum* des *noyaux gris centraux*. Elle est à cet égard une manifestation tardive du *rhumatisme articulaire aigu*, survenant environ six mois après l'épisode arthritique^[99] (ces éléments physiopathologiques sont évidemment inconnus au XIX^e).

Si Morvan lui reconnaît des points communs avec la chorée fibrillaire (« c'est dans l'une comme dans l'autre, une espèce de folie musculaire. (...) Même absence de fièvre, même curabilité et même tendance à la récurrence, (ainsi qu'une) certaine prédilection pour le sexe féminin »), c'est pour mieux l'en différencier. En effet, rien de commun entre les contractions musculaires de la chorée fibrillaire et celles de la chorée de Sydenham, dans laquelle « c'est le muscle tout entier ou un groupe musculaire qui se convulse, (entraînant) les gesticulations les plus bizarres (qui) s'exagèrent dans l'exécution d'un acte intentionnel ». Il note par ailleurs une différence dans l'âge d'apparition des troubles (enfance pour la danse de Saint Guy, adolescence pour la chorée fibrillaire), ainsi que dans leur manifestation première (aux membres supérieurs dans le premier cas, et aux membres inférieurs dans le second).

Le *paramyoclonus multiplex* a été décrit par Friedreich (1825-1882) en 1881, et est également connu sous le nom de *syndrome* ou *maladie de Friedreich*. Cette pathologie rare à été pour la première fois portée à la connaissance de la communauté médicale francophone par Pierre Marie (1853-1940) en 1886^[100], et se caractérise par des contractions musculaires cloniques involontaires et bilatérales, débutant aux membres inférieurs et se généralisant secondairement, constituant une maladie lentement évolutive guérissant spontanément^[101]. Son étiologie est toujours inconnue. Il s'agit, à la date où écrit Morvan, d'une découverte médicale toute récente.

Son tableau clinique est relativement proche de celui de la chorée fibrillaire, ce que ne manque pas de remarquer Morvan, avant de détailler les caractères qui les séparent. Au rang des similitudes, il note la même irrégularité dans les contractions

musculaires, la possibilité conservée « d'accomplir les actes de préhension et de locomotion », ainsi que la générale bénignité des deux pathologies. Au rang des différences, le *paramyoclonus multiplex* provoque des contractions dans « le muscle tout entier », suffisante pour parfois déclencher de discrets mouvements des membres, contrairement au « travail sans effet utile » des soubresauts de la chorée fibrillaire. Par ailleurs les patients atteints de la maladie de Freidreich sont presque tous de sexe masculin, et d'âge mûr (quarante-cinq à cinquante ans). Enfin, il note que la récurrence ne s'est jamais produite chez les patients atteints de *paramyoclonus multiplex*. Morvan se dit cependant disposé à admettre une parenté entre les deux pathologies :

« la chorée fibrillaire, malgré certaines particularités, ne serait qu'une variété du paramyoclonus de Freidreich, la variété sans mouvements, sans déplacement d'aucune partie du corps, et avec, parfois, troubles sudoraux et vaso-moteurs. »

Ainsi, Augustin Morvan démontre la singularité de sa découverte en détaillant précisément les caractères qui font son originalité face à d'autres pathologies sémiologiquement proches et connues à l'époque.

Évolution des connaissances scientifique au xx^e et xxi^e siècle

Les pages qui suivent décrivent l'évolution des connaissances sur la chorée fibrillaire de Morvan et sa place mouvante au fil des années dans la nosologie, insistant sur les découvertes scientifiques récentes en la matière.

Évolution au début du xx^e siècle

La publication de Morvan sur la chorée fibrillaire ne connut pas le même succès que celle sur la paréso-analgésie. Il lui est cependant fait l'honneur d'une reconnaissance de son syndrome dans le grand *traité de médecine*^[102], publié sous la direction de Charcot en 1894.

Par la suite, aucune autre mention n'en est faite dans la littérature française pendant quarante ans, en dehors d'une référence dans la thèse de médecine^[103] d'Édouard Krebs en 1922. Cet interne de Joseph Babinski (1857-1932) consacre en effet son étude à la comparaison des nombreux syndromes myocloniques décrit en Europe les années précédentes. Il propose que deux de ces syndromes, la *myoclonie* de Schultze et les *myoclonus fibrillaires multiples* de Kny, soient confondus avec l'affection décrite par Morvan. Par ailleurs, il propose, à la suite de Morvan lui-même, d'en faire une variété de *paramyoclonus multiplex* de Freidreich. Enfin, il établit un rapprochement symptomatique

entre la chorée de Morvan et les formes agrypniques (c.-à-d. avec insomnie sévère) de *l'encéphalite léthargique épidémique* décrite par von Economo en 1917.

En novembre 1930, Pierre Mollaret (1898-1987) et Georges Guillain (1876-1961) publient dans la *revue neurologique* « un cas de chorée fibrillaire de Morvan »^[104]. Mollaret et Guillain proposent, à la suite de Krebs, que la chorée de Morvan doit être considérée comme une variété de *paramyoclonus multiplex* de Friedreich. Ils émettent l'hypothèse d'une étiologie toxi-infectieuse à cette pathologie. En effet, le patient présente des signes évocateurs de scarlatine : une desquamation palmaire et plantaire associée à une albuminurie et à une légère mononucléose sanguine. Enfin, les données de leur examen clinique les incitent à situer le siège des lésions au niveau des neurones périphériques ou de la fibre musculaire elle même.

Cette hypothèse d'une étiologie toxique à la chorée fibrillaire fera d'autres adeptes puisqu'en 1932, un cas est attribué à un traitement par le mercure^[105,106], et qu'en 1934, un autre cas est rapporté à un traitement par les sels d'or^[107].

Dans le même temps, Roger *et al* publient en 1934 une autre observation de chorée fibrillaire et avancent de nouvelles hypothèses^[108]. Le cas clinique est, là encore, très semblable à la description originale de Morvan, et fait suite immédiate à une infection gonococcique sévère, conduisant toutefois à la guérison totale en sept mois. L'auteur propose pour l'occasion un résumé syndromique actualisé de la pathologie qui comporte : des fibrillations musculaires rapides, des douleurs indépendantes des contractions (à type de courbature), des troubles centraux (asthénie, irritabilité, insomnie), ainsi qu'un syndrome neurovégétatif (sudation abondante, desquamation et érythrose des mains). L'originalité de l'article tient surtout en deux nouvelles idées. La première est celle de sa localisation neurologique, au niveau des centres neurovégétatifs de la base, comme l'atteste la symptomatologie végétative. La seconde est celle d'une parenté avec une autre maladie : l'acrodynie infantile. Cette pathologie présente en effet des traits communs avec la chorée fibrillaire, en la présence de manifestations cutanées (hypersudation, érythème, desquamation), et de troubles nerveux (irritabilité, insomnie, asthénie). Des manifestations musculaires, à type de myoclonies sont également décrites par certains auteurs, quoique non systématiques. Il estime donc que ces tableaux pourraient être deux expressions de la même pathologie, l'une infantile ou prédomine l'acroérythème, et l'autre propre à l'adolescent et à l'adulte où prédominent les secousses fibrillaires.

L'idée d'une relation entre chorée de Morvan et acrodynie fit long feu puisque elle fut le sujet de thèse de Michel-Pierre Coirault en 1946^[109]. Celui-ci confirme le lien

étroit entre les deux pathologies, qui en dehors de la différence d'âge, présentent de nombreuses caractéristiques communes. À l'appui de cette théorie, Coirault présente une trentaine de cas issus de la littérature et de son expérience personnelle. En 1992, Serratrice publie un historique documenté de la chorée fibrillaire de Morvan^[110], insistant de nouveau sur sa parenté possible avec l'acrodynie infantile, dont nous ne connaissons toujours pas la physiopathologie.

Des années trente aux années cinquante, Roger et Alliez sont les principaux contributeurs à l'étude de la chorée fibrillaire de Morvan. Ils publièrent de nombreux articles sur le sujet jusqu'en 1953, date à laquelle ils firent le grand œuvre de rassembler en une publication le bilan de soixante-dix observations cliniques dont trente sont les leurs propres^[111]. Ils proposent alors un modèle physiopathologique basé sur l'intoxication par les métaux. Ce modèle connaît un certain succès car il sera, selon Walusinski^[112], le sujet de plusieurs articles et thèses (Lambrechts, 1934 ; Dujardin, 1944 ; Paris, 1957 ; Dore, 1967).

De la chorée fibrillaire à la neuromyotonie.

À la suite des publications de Roger et Alliez, la chorée de Morvan tomba de nouveau dans un relatif oubli, si bien qu'il n'en fut pas ou peu fait mention pendant plus de vingt ans.

Cet oubli pourrait être dû, selon Serratrice, à une modification de la terminologie en neurophysiologie, en raison de la généralisation des examens électromyographiques. En effet, le terme de chorée fibrillaire proposé par Morvan en 1890 ne correspond pas à la réalité clinique et électrophysiologique de la pathologie, car il ne s'agit en fait ni d'une chorée, ni d'une fibrillation. Les manifestations musculaires de la maladie de Morvan sont aujourd'hui décrites comme des fasciculations (décharge spontanée brève d'un groupe de fibres musculaires d'une même unité motrice ou de l'ensemble d'une unité motrice, générant une contraction localisée visible mais n'entraînant pas de déplacement) et des myokymies (ondulations prenant l'apparence de vagues musculaires correspondant à des contractions spontanées de plusieurs unités motrices)^[113]. A contrario, « la fibrillation se définit actuellement comme liée à des contractions musculaires isolées mais non visibles sous la peau »^[106]. À cause de ce changement de nomenclature, il est possible que la maladie de Morvan ait été redécouverte sous d'autres noms^[106].

Ainsi, en 1961, Hyam Isaacs publiait à Johannesburg un article nommé « *A Syndrom of Continuous Muscle-fiber Activity* »^[114], posant les bases de la découverte d'un groupe pathologique qui sera plus tard nommé neuromyotonie. Isaacs réalise en effet l'étude électromyographique de deux jeunes patients présentant une raideur musculaire

d'apparition progressive, accompagnée de fasciculations et d'une hypersudation. Il découvre, lors de ces explorations, l'existence d'une activité électrique continue qui diffère sans doute possible de l'activité électrique déjà décrite dans la myotonie. Cette activité est stoppée par les curares mais l'anesthésie du tronc nerveux est sans effet sur elle, en conséquence de quoi il situe l'origine de la lésion à la terminaison nerveuse du motoneurone, à sa jonction avec le muscle. Le tableau clinique présenté par Isaacs est très proche de celui brossé par Morvan dans quatre de ces cinq descriptions.

En 1965, Mertens et Zschocke forgent le terme de *neuromyotonie*^[115] pour décrire cette famille de pathologies qui associent sur le plan clinique une contraction musculaire involontaire et indolore, associées à des fasciculations, et à une hypersudation, et sur le plan paraclinique, une activité électrique continue trouvant sa source à la jonction neuromusculaire. Si ce terme rencontre toujours un certain succès, il est critiquable par sa proximité lexicale avec la myotonie, qui est une pathologie fondamentalement différente^[116].

Il existe actuellement une multitude de syndromes rattachés à l'étiquette *neuromyotonie*, dont le syndrome de Morvan fait partie. Cette grande variété rend leur classification difficile puisqu'il existe des formes périphériques pures ou des formes avec atteinte du SNC (comme dans la chorée de Morvan) ; des formes idiopathiques sporadiques ou familiales, génétiques, et des formes secondaires (paranéoplasiques, toxique ou iatrogène, neuropathie inflammatoire...). Ainsi, si la chorée de Morvan partage des caractères avec les autres (myokimies/fasciculations, hyperhydrose), elle s'en différencie par certains critères (Atteinte du système nerveux central avec insomnie et anxiété, troubles cutanés et douleurs diffuses, absence de raideur musculaire, absence de spasmes).

Pour faire face à cette difficulté nosologique, Serratrice proposait dès 1994 de « constater un continuum clinique des formes les plus bénignes aux formes les plus sévères », tout en maintenant la distinction entre les formes purement périphériques et les formes avec composante centrale (dont le modèle est la chorée de Morvan)^[106]. Convenons avec lui que la grande variété des pathologies couvertes par les vocables de *neuromyotonie* ou de syndrome d'activité musculaire continue rend tout effort de classification difficile, et que l'on pourrait proposer d'utiliser le terme de syndrome de Morvan pour les seules formes associant signes périphériques et centraux. Les formes périphériques pourraient, elles, alors porter le nom de syndrome d'Isaacs, comme il en est déjà bien souvent l'usage dans la littérature anglo-saxonne.

Vers un syndrome synaptique auto-immun.

En 1991 et 1993, Newson-Davis, Mills, et Sinha émettent l'hypothèse argumentée d'une étiologie auto-immune aux neuromyotonies acquises^[117,118]. Si l'idée avait déjà été évoquée quelques années plus tôt dans deux *case report*^[119,120], ils sont les premiers à apporter de solides arguments à cette proposition. La preuve la plus patente consiste en la présence de bandes oligoclonales à l'électrophorèse du liquide céphalo-rachidien chez trois de leurs cinq patients, associée à une amélioration clinique après plasmaphérèse chez deux d'entre eux. Par ailleurs, ils notent dans la littérature une fréquente association de la neuromyotonie acquise avec d'autres pathologies auto-immunes, au premier rang desquelles le thymome, mais aussi la myasthénie, ou certains syndromes paranéoplasiques.

Mieux encore, ils parviennent à préciser l'étiologie en injectant le sérum d'un patient malade à des souris^[118]. Ils concluent en un mécanisme auto-immun médié par les IgG, possiblement dirigé contre les canaux potassium voltage-dépendant (*voltage-gated potassium channels* – *VGKC*) des nerfs périphériques. Les canaux potassium voltage-dépendant permettent la repolarisation de la terminaison axonale suite au passage d'un potentiel d'action dans la fibre nerveuse. On pouvait donc supposer que leur blocage par des anticorps (dits *VGKC-antibodies*) prolonge la durée de dépolarisation de ces terminaisons nerveuses expliquant l'hyperactivité électrique continue retrouvée par les enregistrements électromyographiques^[116]. Cette hypothèse du blocage des *canaux potassium voltage-dépendant* a été confirmée en 1996 par la technique du patch-clamp^[121].

Concernant le syndrome de Morvan, sa parenté sémiologique avec la neuromyotonie a conduit à explorer cette même voie des *anticorps anti canaux potassium voltage-dépendant*. Cela a été confirmé en 2000^[122] et 2001^[123] par la découverte de ces anticorps dans le sérum de patients malades.

Dans le même temps, un rapprochement sémiologique a été fait entre la symptomatologie centrale du syndrome de Morvan et celle de l'encéphalite limbique. Cette dernière se manifeste typiquement par un début subaigu, associant une désorientation, une agitation et des troubles de la mémoire, parfois associé à de sévères troubles du sommeil, des hallucinations, et une épilepsie frontale. L'encéphalite limbique est très fréquemment paranéoplasique (CPC, tumeurs testiculaires, thymome, lymphomes), et donc causée par un mécanisme auto-immun. Dans certains cas cependant, aucun cancer n'est retrouvé lors des explorations. S'appuyant sur une certaine parenté clinique avec le syndrome de Morvan, Buckley *et al* recherchèrent donc avec succès la présence des *anticorps anti canaux potassium voltage-dépendant* chez deux patientes ayant présenté un tableau d'encéphalite limbique réversible^[124]. Outre dans les

neuromyotonies, le syndrome de Morvan, et l'encéphalite limbique, de tels anticorps ont également été retrouvés dans d'autres pathologies. Ainsi, a été découvert un mécanisme identique de blocage des canaux ioniques potassium dans l'ataxie périodique de type I, dans certaines épilepsies, et même dans certains troubles de la repolarisation cardiaque (QT long)^[125].

Plus récemment encore, ce mécanisme a été précisé, et partiellement remis en cause. Alors que l'on pensait que la cible des anticorps était le canal ionique lui-même, Lai *et al* ont démontré en 2010 dans *Lancet* que ces derniers se fixaient plutôt sur deux protéines de la membrane neuronale, au niveau de la synapse^[126]. La première de ces protéines, Lgi1 (Leucine-rich glyoma inactivated 1), s'exprime fortement dans la région hippocampique^[127], et la seconde, CASPR2 (Contactin associated protein 2, aussi nommée CNTNAP2), qui trouve sa localisation à proximité des nœuds de Ranvier des axones, ou elle sont directement associées aux canaux potassium^[128]. Rendons également justice à Irani *et al* qui publièrent seulement un mois après Lai une longue recherche sur le sujet^[129], aboutissant à la même conclusion que les cibles des anticorps sont bien CASPR2 et Lgi1, mais également Contactin-1, et non les canaux potassium eux-mêmes.

Ce changement de paradigme implique un changement de nomenclature : il convient dorénavant d'abandonner le terme d'*anticorps anti canaux potassium voltage-dépendant (VCKG-antibodies)*, et de classer ces pathologies dans le cadre plus général des *syndromes synaptiques auto-immuns*. Il est en effet fort probable que la liste des cibles antigéniques et des anticorps impliqués s'allonge dans les années à venir^[130].

Les recherches sur le sujet sont actuellement très actives. Ainsi, des recherches de ces cibles antigéniques protéiques ont récemment été réalisées dans le syndrome de Morvan, confirmant les interactions avec CASPR2 et Lgi1, mais aussi avec Contactin-2/tag-1^[131], protéines reconnues comme formant un complexe avec les *canaux potassium voltage-dépendant*. Ces découvertes élargissent le champ de recherche des pathologies du système nerveux central médiées par les anticorps de surface des neurones (Central nervous system neuronal surface antibody associated syndromes), dont une revue récente du *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* fait la synthèse exhaustive^[132].

Si ces syndromes obéissent au même mécanisme physiopathogénique (l'existence d'auto anticorps dirigés contre des protéines de surface des neurones), la variété des épitopes peut rendre compte des différents phénotypes observés. Ainsi, l'intuition de Morvan était juste malgré les différences cliniques flagrantes: les cinq cas rapportés obéissent bien au même mécanisme physiopathologique et, de ce fait, constituent bien

les différentes facettes d'une même famille syndromique, dont le syndrome de Morvan représente la variété associant signes centraux et périphériques.

Sémiologie et thérapeutique contemporaine du syndrome de Morvan

Forme de reconnaissance, le syndrome de Morvan est une entité aujourd'hui acceptée dans la littérature internationale. Sa description clinique actuelle reprend presque intégralement celle que fit Morvan en 1890.

Il associe des fasciculations et des myokimies (fasciculations lentes) prédominantes aux membres inférieurs, des douleurs musculaires à type de crampe, associées à des signes végétatifs tels que l'hyperhydrose et l'érythrose, parfois une tachycardie sinusale, une pollakiurie et des impériosités mictionnelles. Il existe également des signes centraux à type d'insomnie (pouvant être très sévère : *Agrypnia excitata*^[133]), d'hallucinations et de désorientation.

Sur le plan électromyographique, il existe une hyperactivité nerveuse périphérique réalisant une activité électrique spontanée, dont la traduction clinique sont les fasciculations et myokimies. Il s'agit de potentiels d'actions axonaux, de fréquence élevée (150 à 300Hz), de début et de fin brusques. Ces modifications électromyographiques sont de degré divers selon la gravité^[116]. Elles sont favorisées par l'activité musculaire volontaire et la percussion nerveuse, et abolies par les curares, mais pas par l'anesthésie générale ou locorégionale.

Une étude récente d'Irani *et al*, réalisée sur vingt-neuf patients précise de manière détaillée les critères cliniques et paracliniques du syndrome de Morvan^[134] :

Neuromyotonie	100%
Douleurs neuropathiques	62,1%
Symptômes neuropsychiatriques	
Insomnie	89,7%
Confusion	65,5%
Amnésie	55,6%
Hallucinations	51,9%
Symptômes dysautonomiques	
Hyperhydrose	86,2%
Cardiovasculaire	48,3%
Anticorps anti complexes VCKG	79%

Table 2 – Caractères cliniques et paracliniques du syndrome de Morvan, d'après Irani *et al*, 2012

Dans cette dernière étude, Irani montre par ailleurs que les anticorps anti CASPR2 sont fréquemment associés à un thymome et signent un pronostic péjoratif, tandis que les anticorps anti LgI1 sont eux associés à une hyponatrémie révélatrice d'une cible antigénique hypothalamique. Il note enfin que d'autres anticorps jouent certainement un rôle dans le polymorphisme clinique du syndrome de Morvan, mais que ceux-ci n'ont pas encore été identifiés.

Sur le plan thérapeutique, la pratique générale consiste en l'administration d'un ou plusieurs traitements immuno-modulateurs, associés ou non à un antiépileptique stabilisateur des canaux ioniques. Cette démarche est cohérente avec les récentes découvertes sur la physiopathologie de la maladie. De son efficacité nous ne savons rien de définitif même si les premiers rapports sont encourageants : en effet, les syndromes synaptiques auto-immuns sont rares, et les publications sur le sujet également. La revue de la littérature la plus récente sur le sujet, réalisée par Jaben et Winter en 2012 rapporte une efficacité notable du traitement par échange plasmatique^[135] associé ou non à une corticothérapie et/ou des perfusions d'immunoglobulines. L'étude de la littérature (de nombreux *case report* et quelques petites séries) montre en effet une réponse à l'échange plasmatique chez 97% des patients. Jaben et Winter ne manquent cependant pas de souligner le biais de publication, qui consiste en la tendance à rapporter plutôt ses succès que ses échecs. Ils concluent, au regard de leurs observations et de la littérature, que l'adjonction de l'échange plasmatique aux autres thérapeutiques immuno-modulatrices paraît apporter une amélioration rapide (quelques jours à quelques semaines) aux symptômes neurologiques des patients. A notre connaissance, il n'existe aucun protocole standardisé d'échange plasmatique dans les syndromes synaptiques auto-immuns.

A propos de thérapeutique, le Dr Morvan avait donc eu la juste intuition de proposer à ses patients du bromure de Potassium qui était au XIX^e le traitement antiépileptique de référence.

Cadre nosologique actuel du syndrome de Morvan

En premier lieu, il convient d'arrêter le choix de la terminologie concernant le tableau clinique décrit par Morvan. Nous avons utilisés précédemment plusieurs termes pour la décrire : *chorée fibrillaire de Morvan* ou *chorée de Morvan* et *syndrome de Morvan*. Par ailleurs, on rencontre parfois dans la littérature le nom de *maladie de Morvan*. Ce dernier terme doit toujours être évité puisqu'il porte à confusion avec l'autre maladie décrite par Morvan (syringomyélie). Les appellations *chorée fibrillaire* ou *chorée de Morvan* ne prennent de sens que dans l'étude historique de la pathologie, mais ne devraient plus être utilisées actuellement. Ces noms sont en effet inappropriés au regard de la terminologie

neurologique contemporaine, attendu que cette pathologie n'est pas une chorée, et qu'elle n'a par ailleurs rien de fibrillaire. Il faut donc s'en tenir à la terminologie *syndrome de Morvan* dans toutes les publications actuelles. Dans la pratique, cela est largement le cas et l'entrée *Morvan's syndrom* est reconnue dans toutes les bases de données, dont Pubmed (la terminologie MeSH retient le mot-clé *myokimia*).

Nous l'avons vu dans les précédents paragraphes, le cadre nosologique autour du syndrome de Morvan est toujours mouvant, et donc difficile à préciser. Ainsi, Serratrice titrait dès 1994 l'un de ses articles : *Que reste-t-il de la maladie de Morvan ?*^[106]

Si elle partage des similitudes cliniques indéniables avec l'acrodynie infantile, cette dernière pathologie reste fort méconnue, et le parallèle physiopathologique entre les deux maladies n'est, à notre connaissance, pas établi.

A contrario, l'association avec les maladies de la famille des (improprement nommées) neuromyotonies semble plus judicieuse, puisque les neuromyotonies sporadiques partagent avec le syndrome de Morvan une physiopathologie auto-immune commune. Dans le cadre de ces *syndromes synaptiques auto-immuns*, entrent également certaines encéphalites limbiques^[136] et ataxie épisodiques de type I^[137], certaines épilepsies auto-immunes^[138], et certains cardiopathies de conduction et troubles du rythme à médiation nerveuse, possiblement liés à une atteinte hippocampique^[123,139] des canaux potassium.

Pour plus de clarté, nous proposons de réunir ces diverses entités au sein d'un tableau qui rassemble les syndromes cliniques ayant une étiologie auto-immune supposée commune. Il s'agit d'un classement nosologique qui regroupe les différents syndromes en fonction de leur clinique, au sein de leur grande famille physiopathologique des *syndromes synaptiques auto-immuns*.

Une seconde approche catégorise les différents tableaux cliniques en fonction de la localisation des lésions. Elle a, dans le contexte de notre travail, l'avantage de placer le syndrome de Morvan au centre du débat (Figure 21), à la croisée des syndromes synaptiques auto-immuns périphériques et centraux.

Cette place centrale lui sied relativement bien, puisque d'une part, il s'agit de la première forme clinique décrite, et que d'autre part, le syndrome de Morvan est aujourd'hui considéré comme l'un des modèles d'étude des pathologies synaptiques auto-immunes^[112].

Syndromes synaptiques auto-immuns

- Syndromes d'activité continue des fibres musculaires
 - Avec atteinte périphérique seules : Neuromyotonies sporadiques (syndrome d'Isaacs).
 - Fasciculations douloureuses bénignes.
 - Formes sévères pseudo-myotoniques ou rigides (syndrome d'Amardillo).
 - Avec atteinte centrale associée : syndrome de Morvan.
- Encéphalite limbique à auto-anticorps.
- Ataxie épisodique primaire de type I à auto-anticorps.
- Épilepsie à auto-anticorps.
- Cardiopathies de repolarisation (QT long) à auto-anticorps.

Table 3 – Proposition de classification des syndromes synaptiques auto-immuns. F. Le Gall

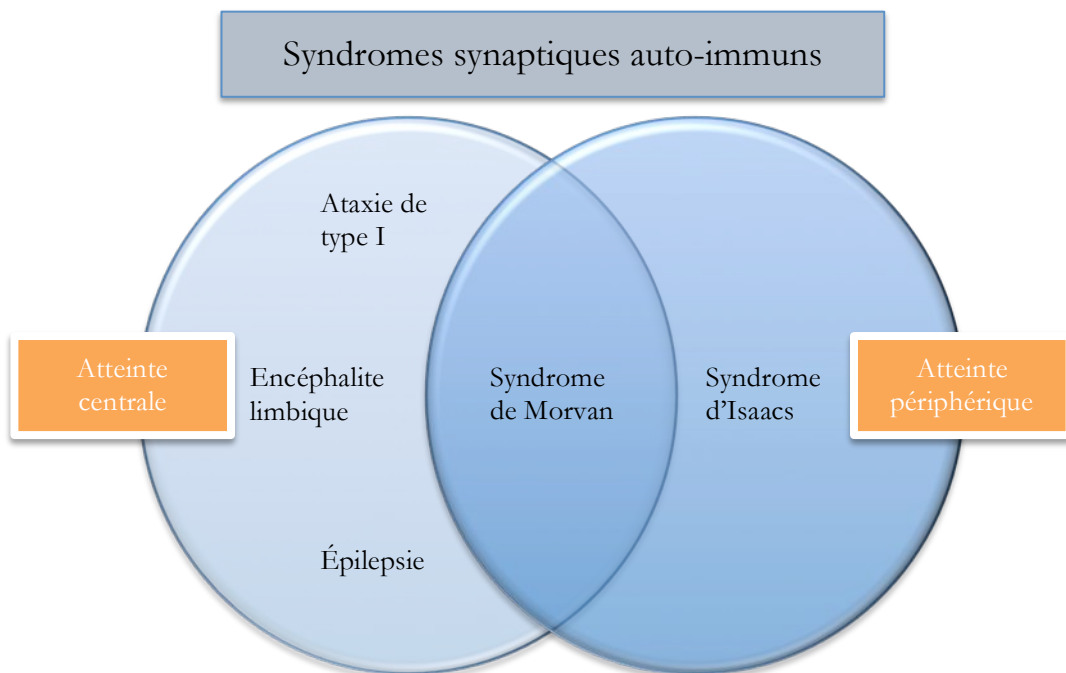


Figure 21 - Le syndrome de Morvan au sein des syndromes synaptiques auto-immuns. F. Le Gall

Ces propositions de classification restent très clinique dans leur approche, et il y a fort à parier qu'elles seront rapidement rendues caduques par la découverte des antigènes cibles de ces maladies, permettant ainsi d'envisager un classement physiopathologique précis. Ainsi, le cadre nosologique de la maladie de Morvan et des syndromes synaptiques auto-immuns est loin d'être figé comme en témoignent les très actives recherches sur le sujet.

Les développements récents autour du syndrome de Morvan, et son appartenance à la famille des syndromes synaptiques auto-immuns ne doivent cependant pas faire oublier comment Augustin Morvan fut le premier à les caractériser –dès 1890– dans une description clinique très vivante, et toujours d'actualité.

7. Un esprit scientifique influencé par son époque.

Nous venons de voir par le détail les contributions qu'Augustin Morvan apporta à la science médicale de la fin du XIX^e siècle. Si le panaris analgésique lui conféra une certaine célébrité, c'est aujourd'hui vers la chorée fibrillaire que les regards se tournent : la recherche autour de cette maladie est très active et les scientifiques sont en passe d'en découvrir le mécanisme immunopathologique précis. N'oublions pas non plus qu'il fût l'un des premiers à décrire le tableau clinique complet du myxœdème, même si cette publication eût peu de retentissement.

Il n'est bien évidemment pas question d'élever Morvan au même rang de compétence et de sagesse que les illustres savants que connût cette époque. Cependant, l'esprit scientifique qui l'animait et sa volonté de partage des connaissances furent son honneur, surtout dans le contexte de son grand isolement géographique et académique.

Sa formation parisienne dut lui apporter le bagage nécessaire pour éveiller cette curiosité permanente : nous avons discuté au début de ce chapitre de la grande influence qu'eurent les mouvements scientifiques de l'époque sur Morvan, au premier rang desquels figurent la médecine expérimentale de Claude Bernard et les grandes découvertes neurophysiologiques de l'école de la Salpêtrière sous le patronage de Charcot. À cet égard, il faut également considérer l'influence primordiale de la diffusion des connaissances médicales en cette fin de XIX^e. C'est en effet la presse médicale qui permit à Morvan de se tenir informer des dernières évolutions de la science et de soumettre ses observations à ses confrères. Cette avancée technique en cache plusieurs autres : progrès de l'imprimerie, amélioration des services postaux et développement exponentiel du réseau ferré, mais également assouplissement du contrôle politique de la presse. Nous n'avons malheureusement trouvé, au cours nos recherches, aucune étude française sur l'influence de la presse médicale dans la diffusion et le progrès des connaissances à cette époque, mais il semble qu'elle fut de premier plan. Nous avons souvent cité la *gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* ou le *progrès médical*, qui furent les lectures habituelles de Morvan, mais ce mouvement ne s'arrêtait pas aux frontières de la France : dans les travaux d'époque que nous avons lu, il était bien souvent question de telle publication allemande ou de telle société scientifique britannique.

Une autre manière d'aborder l'influence qu'eût le XIX^e siècle sur l'œuvre scientifique de Morvan consiste en l'étude « littéraire » de ses publications. Nous en avons dans cette thèse reproduit plusieurs paragraphes. La lecture de ces textes révèle sans ambiguïté un attachement aux styles réaliste et naturaliste, alors représenté par

Stendhal, Flaubert, Zola ou Balzac. Ainsi, dans ses descriptions cliniques, Morvan use des techniques littéraires à la mode : les tableaux sont vivants, les détails cliniques sont minutieusement précis, et les patients y sont présentés sans artifice, dans leur physionomie comme dans leur caractère. Cet aspect du travail de Morvan représente plus qu'un choix stylistique ou qu'un parti pris artistique : il est à la fois le reflet de son état d'esprit et de son époque. Le mouvement réaliste s'est construit dans les années 1850 en opposition au romantisme, populaire sous la Restauration et la Monarchie de Juillet. Les réalistes dépeignent le monde tel qu'il est et se concentrent sur des thèmes jusque là délaissés par la littérature : la vie des classes populaires, la pauvreté et la misère, les luttes sociales... Autant de sujets auxquels Morvan fut très sensible, ce que révèle son action politique.

Cette activité scientifique florissante permit également à Morvan d'être honoré du titre de membre correspondant de l'Académie nationale de médecine à partir de 1887. Cette distinction fut probablement facilitée par son ami et confrère Théophile Roussel, également membre de la prestigieuse institution.

*
**

IV. FIN DE VIE ET POSTÉRITÉ D'AUGUSTIN MORVAN

LA POSTÉRITÉ rend à chacun l'honneur qui lui est dû (Tacite). C'est ainsi qu'Augustin Morvan se vit récompensé à titre posthume par la décision du conseil municipal de Brest de donner son nom au nouvel et moderne hôpital de la ville. Mais peu nombreux furent à l'inauguration de cet hospice ceux qui se souvenaient de l'homme Morvan. Sur le plan scientifique, nous avons vu combien son travail tomba dans l'oubli pendant de nombreuses années avant de connaître un regain d'intérêt depuis une décennie. Sur le plan politique, son souvenir est presque éteint.

1. Fin de vie d'Augustin Morvan

Peu de documents existent sur la fin de vie d'Augustin Morvan. Nous savons qu'il abandonna définitivement la politique en 1884 et qu'il se consacra par la suite à la médecine et à ces travaux scientifiques : sa dernière publication est datée de 1894^[61]. Y. Nicolas rapporte qu'il fut dans ses vieux jours un travailleur acharné, et qu'il consacrait ses soirées à la recherche scientifique quand ses journées ne suffisaient déjà plus aux soins de sa clientèle^[1].

Outre ses obligations professionnelles, nous avons déjà dit qu'Augustin Morvan s'était fait un ami du chanoine Corrigou, avec lequel il s'entretenait de questions philosophiques et religieuses, se réconciliant ainsi avec la cure locale.

Bien que correspondant de l'Académie Nationale de Médecine à partir de 1887, il est probable que Morvan n'y mit jamais le pied. Nous n'avons en effet retrouvé aucune trace de son passage dans cette institution, qui ne conserve dans sa bibliothèque qu'un mince dossier biographique sur lui. Il est vrai qu'un homme si âgé devait avoir quelques difficultés à faire un voyage si long. D'autant plus qu'il tomba rapidement malade...

La dépêche de Brest rapporte qu'il fut frappé d'hémiplégie « quelques mois » après sa nomination à l'Académie^[9] et qu'il vit ses capacités physiques et intellectuelles fortement altérées par cet épisode, s'exprimant difficilement car probablement atteint d'aphasie. Cette chronologie nous semble incertaine puisqu'il publia trois articles entre 1889 et 1894. Peut-être se fit-il aider...

Il mourut à son domicile le 20 mars 1897, à l'âge de soixante-dix-huit ans. Le 22 mars, ses obsèques furent célébrées devant une grande foule venue lui rendre un dernier hommage. Parmi ceux là de nombreux amis et d'anciens opposants. La cérémonie fut

présidée par l'abbé Kerandrel du collège de Lesneven, et le Dr Marechal du conseil de l'Ordre fit lecture d'une oraison funèbre^[reproduite dans (140)]. La presse locale se fit l'écho de cette cérémonie et ne tarit pas de compliment sur feu le docteur Morvan^[140,141]. Si l'Académie Nationale de Médecine ne fit pas prononcer d'Éloge, le décès de Morvan y fut rapporté en séance :

M. le Président : « L'Académie apprendra certainement avec regret la perte nouvelle qu'elle vient de faire en la personne de M. le Dr Morvan de Lannilis (Finistère), correspondant national dans la 1^{ère} division.

D'excellents travaux, tels que sa thèse inaugurale sur l'anévrysme variqueux, des mémoires sur le myxœdème de la Basse-Bretagne, sur le panaris analgésique, plus connu encore sous le nom de maladie de Morvan, sur la chorée fibrillaire, etc., lui avaient acquis nos suffrages.

M. le Dr Morvan a eu le grand mérite, quoique vivant dans un coin reculé de la Bretagne, en dehors de tout mouvement scientifique, d'aimer la science et d'attacher son nom à plusieurs découvertes intéressantes. »

Il fallut attendre 1951 pour que la commune de Lannilis rende hommage à son ancien maire en apposant une plaque sur sa maison de la grand place (actuelle place Général Leclerc), en présence de son fils le docteur Paul Morvan^[142,143]. À cette cérémonie, certains encore avaient des souvenirs d'enfance de celui qu'on nommait avec le plus grand respect *an aotrou Morvan* (Monsieur Morvan).

2. Centre hospitalier Augustin Morvan de Brest

C'est en 1929 que la ville de Brest décida de se doter d'un nouvel hôpital pour augmenter la capacité de l'hospice civil, alors essentiellement constitué de l'hôpital de la rue Traverse ainsi que de l'hospice Delcourt-Ponchelet. L'emplacement choisi se devait d'être central : ce sera le terrain du *fort des Fédérés*, situé à deux pas des portes de la ville fortifiée et de la *place des glacis* (renommée après-guerre *place de la Liberté*). Le projet est confirmé en juin 1933, porté par le maire Victor Le Gorgeu et sera dirigé par les architectes Lopez et Gravereaux. Le projet initial comporte 700 lits mais sera rapidement augmenté à 904 lits et 99 berceaux^[144].

Les travaux de la première tranche débutent en 1937 et s'achèvent en mai 1939 (bâtiments 1, 2, et 3). La guerre éclate et le chantier est arrêté. Les bâtiments sont successivement ou conjointement occupés par l'armée britannique et la Marine nationale, puis par la Wehrmacht qui souhaite d'abord y installer un hôpital militaire, mais qui en fait finalement un quartier de la Kriegsmarine. Les blockhaus de l'hôpital, qui accueillent toujours certains services hospitaliers, datent de cette période d'occupation. L'hôpital est bombardé par les armées de libération et les dégâts sont relativement importants. À la libération, les américains occupent les locaux, suivis de près par la Marine nationale dont l'essentiel du patrimoine immobilier avait été détruit par l'aviation alliée^[145]. Une fois la Marine relogée, les travaux de réparation débutent grâce à l'aide d'un crédit du Ministère de la reconstruction. Ces travaux, fidèles au plan de 1936, s'achèvent à la fin de l'année 1949. Les premiers services à y emménager sont la chirurgie et la maternité en 1950.

Mais ce nouvel hôpital ne portait toujours pas de nom. Laennec, figure tutélaire de la médecine bretonne fut bien évidemment proposé, mais un hôpital Laennec existait déjà à Quimper. Le choix se porta finalement sur Augustin Morvan, sur proposition du neuropsychiatre Coulonjou qui espérait ainsi « *honorer un compatriote, un breton tout entier dévoué à une clientèle disséminée dans le pays léonard et à la science médicale* ». Cette décision est entérinée par le décret du 9 septembre 1950^[146]. Les services s'installent en janvier 1951 et les premiers malades y sont admis dans la foulée. Seuls 240 lits y sont disponibles car la préfecture maritime occupe toujours une partie des locaux. Ce n'est que le 7 mars 1953 que le centre hospitalier Augustin Morvan est officiellement inauguré en présence du secrétaire d'état à la santé Pierre Couinaud. Il est certain que peu de gens devaient alors garder le souvenir du docteur Morvan, décédé cinquante-six ans auparavant. Pour preuve, les coupures de journaux de l'époque : le Télégramme qualifie Morvan *d'illustre médecin* (ce qu'il fut) *et écrivain* (ce qu'il ne fut pas)^[147]. Ouest-France en revanche

reproduisit une partie du discours prononcé par le maire de Brest, comprenant un éloge court mais précis d'Augustin Morvan^[148].

Cette inauguration est pour le secrétaire d'état l'occasion de présenter son projet de réforme du système hospitalier comprenant deux axes : économies budgétaires et décentralisation de l'offre de soins par la montée en puissance des hôpitaux périphériques. Marcel Debrun, fondateur de l'amicale du centre hospitalier, rapporte que seulement deux internes étaient affectés à l'établissement. Si peu nombreux qu'ils furent, ils profitèrent de l'inauguration pour démontrer l'esprit carabin, usant d'une lance à incendie pour arroser les soldats du piquet d'honneur, en présence de tous les officiels^[146].

Les travaux de réparation des trois bâtiments se poursuivirent bien après cette cérémonie et ne furent complétés qu'en 1958, permettant le transfert des services de médecine depuis Delcourt-Ponchelet.

Jugez l'ironie du temps qui passe et des progrès de la science : Dujardin rapporte que Morvan écrivait, à propos de la santé des nourrisson : « *Hospitaliser un nourrisson, autant dire l'envoyer à la mort* »^[5]. Que dirait-il aujourd'hui de cet hôpital qui porte son nom et dont l'une des missions est l'accueil et le soin pédiatrique !

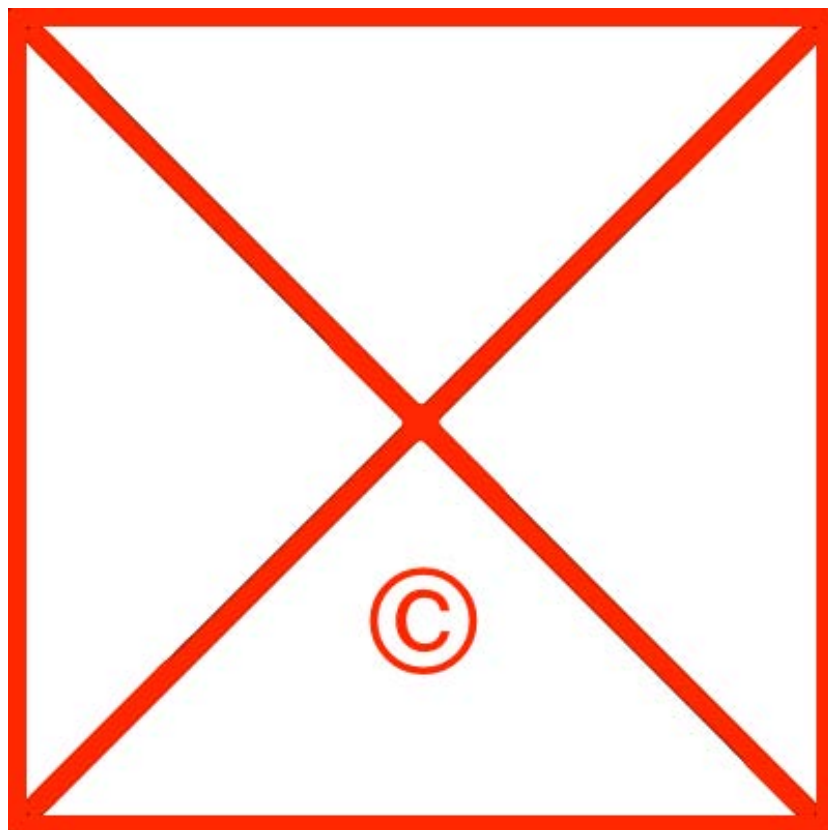


Figure 22 - Hôpital Morvan après-guerre, vue aérienne.

3. Augustin Morvan et Louis-Ferdinand Céline

Quel rapport entre Augustin Morvan, praticien dévoué et républicain convaincu, et Louis-Ferdinand Destouches dit *Céline* (1894-1961), aventurier et écrivain brillant, antisémite notoire et médecin à ses heures (« *je n'ai pas toujours pratiqué la médecine, cette merde.* » Mort à Crédit, 1936) ? Les deux hommes ont une descendance commune en la personne de Colette Destouches-Turpin, fille de l'écrivain et arrière petite-fille de Morvan (cf. annexe 3, arbre généalogique).

Marie-Louise Morvan, fille d'Augustin, épousa en juillet 1898 le Dr Athanase Follet, quatrième du nom. Augustin Morvan avait une bonne excuse pour ne pas assister à la cérémonie puisqu'il était décédé l'année précédente. On peut pourtant supposer qu'il aurait approuvé cette alliance avec la famille Follet, dont le nom n'était pas inconnu en Bretagne. En effet, le Dr Athanase Follet (deuxième du nom) fut à partir de 1830, médecin de l'asile de Quimper et participa grandement au développement de l'établissement dès qu'il en devint directeur en 1837. À ce titre, il dut certainement participer aux soins de Martial Morvan, frère d'Augustin interné pendant l'essentiel de sa vie d'adulte. Cet asile public Saint Athanase existe toujours et est connu depuis 1959 sous le nom d'hôpital psychiatrique Etienne Gourmelen.

Le quatrième (et dernier) des Athanase Follet fut lui aussi un médecin remarquable. Directeur de l'école de médecine de Rennes, membre correspondant de l'Académie, il était spécialiste de la tuberculose pulmonaire. Il épousa donc la fille d'Augustin Morvan en 1898. De cette union naquit le 12 mai 1899 une fille, Édith, qui se fit plus tard remarquer comme aquarelliste et illustratrice de la revue pour enfant *la semaine de Suzette*.

Louis Destouches, blessé au bras pendant la guerre de 14 (médaille militaire et croix de guerre), avait été embauché en 1918 par la mission Rockfeller, dont l'objectif était la lutte contre la tuberculose. Destouches, déjà brillant orateur mais pas encore médecin, était chargé d'organiser et de présenter des conférences sur le sujet dans la région de Rennes. A ce titre il fut reçu par le Dr Follet, phthisiologue à l'Hôtel-Dieu de Rennes. C'est ainsi qu'il rencontra sa fille Édith, alors âgée de 19 ans et qu'il l'épousa en aout 1919.

Y. Le Gallo s'interrogea comme d'autres sur ce mariage qui avait tout d'une mésalliance^[4]. Édith Follet était une fille de bonne famille, éduquée, tandis que le maréchal des logis Destouches n'avait ni fortune ni baccalauréat. Par ailleurs, le jeune Louis-Ferdinand était déjà marié depuis 1916 à une entraîneuse du nom de Suzanne Nebout. Ce mariage, célébré à Londres pendant la guerre, ne fut jamais enregistré auprès des services consulaires français et c'est donc en qualité officielle de célibataire que Destouches rejoignit la France en 1917. La famille Follet ignorait-elle ce passage de la biographie de leur futur gendre ? C'est ici que les mauvaises langues



Figure 23 – Mariage de Louis Destouches dit Céline et Édith Follet, le 10 août 1919 à Quintin – Source inconnue.

prennent la parole et avancent une explication à la tenue de ce mariage : Louis Destouches avait la chance d'avoir un oncle, Georges Destouches, secrétaire de la faculté de médecine de Paris et jouissant de puissantes relations. Ce dernier aurait influencé la carrière d'Athanase Follet en lui permettant, dès 1918, de devenir le directeur de l'école de médecine de Rennes « *malgré l'opposition massive de ses collègues* ». En échange, Louis pouvait épouser sa fille et voyait sa condition sociale s'améliorer grandement. En effet, il passa son baccalauréat en 1919 et entreprit des études de médecine, bénéficiant conjointement des programmes réservés aux anciens combattants et de l'appui de son beau-père. Destouches fut diplômé en 1924, après soutenance d'une thèse remarquable sur la malédiction de Semmelweis^[149], qui est aujourd'hui intégrée dans ses œuvres complètes. C'est également depuis Rennes que Destouches publia son premier livre, *Histoire du petit Mouck*, destiné à un jeune public et illustré par Édith^[150]. Après quoi il quitta la Bretagne, son beau-père et sa femme, lui laissant dans les bras la jeune Colette Destouches, née en 1920 et fille unique de l'écrivain.

Les relations entre celui qui allait devenir Céline et sa famille rennaise ne furent cependant pas complètement rompues. Ainsi, à l'occasion de la mort de Marie-Louise Morvan-Follet (1958), Céline écrivait à Édith : « (Je) t'embrasse bien, tout ce qu'on peut faire, dans ce cas, et prends bien part à ton chagrin, je devrais être avec toi, si je ne m'étais pas conduit si follement ! »^[Lettre citée par Vitoux dans (151)]. Colette rendait souvent visite à son père dans son appartement parisien: ces souvenirs sont évoqués dans un ouvrage récent sur l'écrivain^[152]. Colette Destouches-Turpin, fille unique de Céline et arrière petite-fille d'Augustin Morvan n'oublia point ses origines puisqu'elle passa la fin de sa vie à Lannilis où elle mourut le 9 mai 2011^[153].

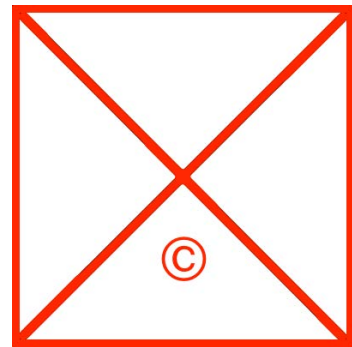
4. Deux romans sur la vie de Morvan

Mort d'un médecin, Georges Desse

Georges Desse fut médecin rhumatologue à Quimper et docteur ès science, chercheur associé en biologie marine à Concarneau. Il fut également écrivain, auteur de plusieurs romans et essais. En 1957, il publie à la *Table Ronde* un livre intitulé *Mort d'un médecin*.

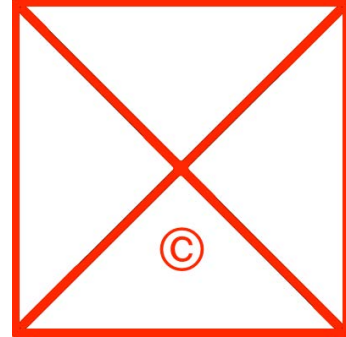
Cet ouvrage prend pour trame les événements marquants de la biographie de Morvan, de son installation à Lannilis jusqu'à sa mort. Il s'agit cependant d'un roman puisque de nombreux éléments de fictions viennent compléter cette trame historique. Morvan y est dépeint d'une manière à notre avis tout à fait juste : républicain engagé dans la défense des plus pauvres, catholique sincère mais laïque fervent, médecin brillant et paternaliste, scientifique de valeur. Le texte est principalement axé sur le combat progressiste de Morvan face aux croyances médicales ancestrales et au poids de la tradition. Ou comment il voulu faire le bien du peuple contre l'avis de ce dernier.

Si le caractère romanesque de l'ouvrage interdit de l'utiliser comme source historique, force est de constater que la plupart des événements cités par l'auteur se recoupent avec d'autres sources réputées fiables. A ce titre, le docteur Desse est probablement le premier à avoir effectué une recherche historique approfondie sur la vie de Morvan, puisque la parution de son roman précède même les travaux de référence de Y. Nicolas sur le sujet.



Augustin Morvan ou les images divines des petits garçons de Lannilis,
Jean-Marie Turpin^[2]

Jean-Marie Turpin est le petit-fils de Louis-Ferdinand Céline et l'arrière arrière-petit-fils d'Augustin Morvan. Il écrit en 1979 *Augustin Morvan ou les images divines des petits garçons de Lannilis*. Cet ouvrage emprunte de nombreux codes stylistiques au genre *nouveau roman*, s'inspirant librement de la vie du docteur Morvan. Ce roman est en fait construit autour de la mythologie familiale de l'auteur, et en particuliers de ses événements les plus traumatiques, non-dits ou ouï-dits : la mort en suite de couche de Rosalie, la maladie d'Augustin, l'aliénation de Martial, les déboires professionnels de Charles, le tragique destin d'Édouard, mort à la guerre, la vie d'orphelin du petit Paul... Le récit est pensé comme une succession de tableaux qui mélangent rêves, songes et réalité de la vie de l'auteur qui se confie à la première personne du singulier, réalisant une œuvre autobiographique prenant pour trame une histoire familiale fantasmée et pour forme un voyage onirique dans le Lannilis du XIX^e siècle.



Il s'agit au final d'un livre nécessaire pour qui s'intéresse à la vie de Morvan, mais relativement difficile à lire et dont le contenu doit être étudié avec méfiance dans le cadre d'un travail historique, tant le mythe s'y confond avec la réalité.

*
**

CONCLUSION

Augustin Morvan fut un homme exceptionnel par bien des aspects. D'extraction relativement modeste, il sut profiter de son potentiel pour mener à bien de brillantes études parisiennes. Malgré ses titres et sa réputation, il choisît d'exercer la médecine parmi les siens, dans son village natal. Cette décision n'allait cependant pas l'empêcher de pratiquer une médecine résolument moderne, basée sur l'excellence sémiologique et la mise en pratique des principes positivistes de la science expérimentale.

De son exercice rural à Lannilis, nous savons finalement peu de choses. Les rares témoignages de cette époque en font cependant un praticien apprécié pour sa grande compassion et ses compétences. Ces qualités lui furent même reconnues par ses détracteurs politiques les plus virulents.

Sa carrière scientifique témoigne non seulement d'une curiosité innée, mais également d'un travail acharné. Il ne s'agit pas bien sûr de hisser Morvan au rang des plus grands de la médecine, mais plutôt de reconnaître sa volonté et son effort constant de présenter à ses pairs chaque observation originale qu'il tirait de sa pratique. Le myxœdème, le panaris analgésique ou la chorée fibrillaire sont certainement des pathologies aussi vieilles que l'humanité. Mais Morvan le premier sut les distinguer et les décrire avec une précision sémiologique qui suscite toujours l'admiration.

L'engagement politique de Morvan mérite également une attention toute particulière. Il est le lieu de la mise en pratique de ses valeurs à la fois chrétiennes et républicaines, témoignant ainsi de sa modernité d'esprit à une époque où ces valeurs étaient souvent opposées l'une à l'autre. Partisan de la laïcité, son effort politique porta avant tout sur la défense des plus démunis et la promotion de la santé publique. Ainsi, quand Morvan fait de la politique, il n'oublie jamais qu'il est médecin.

Morvan fut donc un digne représentant de la figure du médecin scientifique, clinicien et humaniste que nous présentions en introduction de ce travail. Il mérite à ce titre amplement l'honneur posthume qu'on lui rendit quand son nom fut donné à l'hôpital de la ville de Brest.

BIBLIOGRAPHIE

Note sur les sources bibliographiques.

Les sources historiques sur la vie d'Augustin Morvan sont rares, et les sources fiables encore plus. Voici les principaux documents que nous avons utilisés pour écrire la biographie civile et politique de Morvan :

- En premier lieu, deux romans basés sur la vie d'Augustin Morvan ont été écrits par Georges Desse^[3] et par Jean-Marie Turpin^[2]. Ils rapportent de nombreuses anecdotes issues de la tradition orale, mais la fiction s'y mélange trop avec la vérité historique pour qu'ils constituent des sources fiables. On peut d'ailleurs y déceler de nombreuses erreurs biographiques.
- M. Yves Nicolas, ancien secrétaire de Mairie à Lannilis et historien amateur fournit de précieuses informations sur Morvan, basées pour partie sur les archives municipales et pour partie sur des témoignages oraux. Son travail constitue la matière première essentielle de tous ceux qui ont écrit sur Augustin Morvan en particulier, et sur l'histoire de Lannilis en général. Ses travaux de recherche sur le sujet peuvent être lus dans le bulletin municipal *l'écho de Lannilis* (de 1969 à 1970)^[1] et ont été compilés et adaptés par l'abbé Albert Bossard en 1985 dans une monographie sur la commune de Lannilis^[154].
- Michèle Bothorel a rédigé un mémoire de maîtrise en histoire sur la carrière politique d'Augustin Morvan^[14]: si celui ci est relativement complet, les sources y sont inapparentes et plusieurs de ses affirmations non documentées nous semblent fantaisistes. Elle a cependant traduit du breton certains textes d'époque, ce qui nous a été très utile.
- Le Dr Dujardin de Brest, ancien rédacteur en chef des *cabiers de l'Iroise*, a également écrit un texte intéressant sur Morvan, qui approfondi plus qu'aucun autre son action au sein de l'association médicale du nord Finistère^[5].
- Enfin, le Pr Yves Le Gallo, historien de la Bretagne à l'Université de Bretagne Occidentale a également écrit quelques articles biographiques sur la vie de Morvan, se référant bien souvent au travail de Y. Nicolas^[4].

Trois autres sources nous paraissent particulièrement fiables, bien que ne traitant pas directement de Morvan : la thèse de doctorat de J. Léonard^[17] sur les médecins de l'Ouest au XIX^e, le mémoire de maîtrise en histoire de J. Roué sur la vie paroissiale à Lannilis^[13], ainsi que l'ouvrage collectif *la santé en Bretagne*^[155].

Bibliographie par ordre d'apparition dans le texte :

1. Nicolas Y. Le docteur Augustin Morvan. l'écho de Lannilis. 1969 1970;(année 13(7-11), année 14(1-2)).
2. Turpin JM. Augustin Morvan ou les Images divines des petits garçons de Lannilis. Hallier; 1979.
3. Desse G. Mort d'un médecin. La Table ronde; 1957.
4. Le Gallo Y. Augustin Morvan (1819-1897). Journées d'études sur la Bretagne et les pays celtiques: Kreiz 3. Université de Bretagne Occidentale: Centre de recherche bretonne et celtique; 1994. page 105–17.
5. Dujardin L. Augustin Marie Morvan. Bulletin mensuel de l'ordre et du syndicat des médecins du Finistère. 1952;(n° 34,35,37,39).
6. Le Gallo Y. L'école de médecine navale de Brest dans la première moitié du XIXe siècle. La santé en Bretagne. Hervas; 1992.
7. Hoerni B. La loi du 30 Novembre 1892. Histoire des sciences médicales. 1998;tome XXXII(1):63–7.
8. Léonard J. Les Officiers de santé de la Marine Française de 1814 à 1835. Annales de Bretagne. 1969;76(2):610–7.
9. Mort du docteur Morvan. La dépêche de Brest. 1897 Mar 21;
10. Gerson M. La maladie de Morvan. Histoire et prolongements actuels. [Th. Ex. Med.]. [Brest]: Univ. de Bretagne Occidentale; 1977.
11. Belladone (thérapeut.). Encyclographie des sciences médicales. Répertoire général de ces sciences, au XIXe siècle. Paris: Etablissement encyclographique; 1834. page 200.
12. Vulpian A. Du Mode d'action du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Paris: O. Doin; 1881.
13. Roué J. Études sur la vie paroissiale et religieuse de Lannilis, commune du Léon, du Concordat à 1914 [Mémoire de maîtrise d'histoire contemporaine]. [Brest]: Université de Bretagne Occidentale; 1970.
14. Bothorel M. La vie et l'œuvre d'Augustin Morvan (1819-1897) [Mémoire de DES d'histoire]. [Rennes]: Université de Rennes 2; 1954.
15. Nicolas Y. Inauguration du nouveau cimetière (1er juillet 1855). l'écho de Lannilis. 1969 avril;année 13(4):4,8,9.
16. Bossard A. Le cimetière "Saint-Louis". Lannilis, coeur des abers. Lannilis: A. Bossard; 1985. page 157–61.
17. Léonard J. Les médecins de l'ouest au XIXème siècle [Th. doct. hist.]. [Paris]: Sorbonne, Paris IV; 1978.
18. Nicolas Y. La mort d'une industrie artisanales: les potiers lannilisiens. Moissons, bulletin mensuel de l'oeuvre de Saint Jean-Baptiste de La Salle. 1953 Apr;(60).
19. Chevalier-Kervern M-R. La poterie de Lanveur en Lannilis. Cahiers de l'Iroise. 1956;(n°2 - avril-juin):52–9.
20. Bossard A. Les potiers de Lanveur. Lannilis, coeur des abers. Lannilis: A. Bossard; 1985. page 157–61.
21. Auguste Morvan [Internet]. Base de donnée des députés Français depuis 1789. Assemblée Nationale; Available from: http://www.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche.asp?num_dept=8727

22. Roussel (Jean-Baptiste, Victor Théophile). Dictionnaire des parlementaires français... depuis le 1er mai 1789 jusqu'au 1er mai 188. Boulrouton (Paris); 1889.
23. Rollet-Echalier C. La politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e République. P.U.F. Paris: Institut National d'Études démographiques; 1990.
24. Roussel T, Morvan A. Proposition de loi ayant pour objet l'organisation de l'assistance médicale dans les campagnes et dans les localités dépourvues d'un service public de secours médicaux pour les indigents. Union Médical. 1872;3^e série(14):357–63, 369–89, 417–22, 453–61, 513–8, 585–95.
25. Bossard A. Le docteur Augustin Morvan (1819-1897). Lannilis, coeur des abers. Lannilis: A. Bossard; 1985. page 157–61.
26. Morvan A. Du saignement de l'oreille, à la suite de violences sur le menton. Archives générales de médecine. 1856;Série 5(8):657–68.
27. Morvan A. De la chorée fibrillaire. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1890;Série 2(Tome 27b):173–176;186–189;200–202.
28. Morvan A. De l'anévrysme variqueux [Th. Ex. Med.]. Faculté de médecine de Paris; 1847.
29. Benndorf G. Historical Considerations. Dural Cavernous Sinus Fistulas. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2010. page 3–13.
30. Castier Y, Lesèche G. Aorto-caval fistulae. Sang Thrombose Vaisseaux. 1999 Apr 19;11(3):188–93.
31. Christen Y. Fistules artério-veineuses acquises : y penser pour les diagnostiquer. Médecine et Hygiène. 2001;59(2331):183–6.
32. Roche LC, Sanson LJ. Anévrysme variqueux. Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale, ou Traité théorique et pratique de médecine et de chirurgie. Baillière; 1828. page 101–7.
33. Morvan A. De la fracture de la cavité glénoïde du temporal, à la suite de violences sur le menton. Archives générales de médecine. 1858 Sep;Série 5(12):278–90.
34. Recueil des pièces qui ont concouru pour le prix de l'Académie Royale de chirurgie. Delaguet; 1778.
35. Rappaport NH, Scholl PD, Harris JH Jr. Injury to the glenoid fossa. Plast. Reconstr. Surg. 1986 Feb;77(2):304–8.
36. Barron RP, Kainulainen VT, Gusenbauer AW, Hollenberg R, Sándor GKB. Fracture of glenoid fossa and traumatic dislocation of mandibular condyle into middle cranial fossa. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. 2002 Jun;93(6):640–2.
37. Follin E, Duplay S. Traité élémentaire de pathologie externe. Tome 2. V. Masson et fils (Paris); 1869.
38. Le Dentu A. Nouveau traité de chirurgie clinique et opératoire. J.-B. Baillière et fils; 1848.
39. Nicaise. De l'otorragie traumatique. Gazette médicale de Paris : journal de médecine et des sciences accessoires. 1874;Série 4(3):33.
40. Morvan A. Contribution à l'étude du myxoedème. Du myxoedème en basse Bretagne. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1881;série 2(tome 18):552–5,567–70,583–8,600–2.
41. Zulewski H, Müller B, Exer P, Miserez AR, Staub J-J. Estimation of Tissue Hypothyroidism by a New Clinical Score: Evaluation of Patients with Various Grades of Hypothyroidism and Controls. JCEM. 1997 Mar 1;82(3):771–6.
42. Patek AJ, Heath CW. Chlorosis. J Am Med Assoc. 1936 Apr 25;106(17):1463–6.
43. Merklen. Cachexie pachydermique (oedème crétinoïde, myxoedème). Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1881;Série 2(tome 18):301–4.

44. Gull W. On a cretinoid state supervening in adult life in women. *Trans. Clin. Soc. Lond.* 1873;1873-1874(7):180–5.
45. Ord W. On myxoedema, a term proposed to be applied to an essential condition in the “cretinoid” affection occasionally observed in middle-aged women. *Med-Chir Trans.* 1877;(61):57–8.
46. Ord W. Clinical Lecture on Myxoedema. *Br Med J.* 1878 May 11;1(906):671–2.
47. Olive P. Sur le myxoedème. *Archives générales de médecine.* 1879;Série 7(3):677–85.
48. Ballet E. Cachexie pachydermique (myxoedème des auteurs anglais). *Le Progrès Médical.* 1880 Jul 24;
49. De Ranse F. La cachexie pachydermique (État crétinoïde, myxoedème de certains auteurs). *Gazette médicale de Paris.* 1880, série 6(2):677–8.
50. Bright R. *Reports of Medical Cases, Selected with a View of Illustrating the Symptoms and Cure of Diseases by a Reference to Morbid Anatomy.* London: Longman, Rees, Orme, Brown, and Green; 1827.
51. Duchenne de Boulogne GBA. *De l'électrisation localisée et de son application a la pathologie et a la thérapeutique.* 2eme edition. Paris, J.-B. Baillière; 1861.
52. Ord W. Report of a committee of the Clinical Society of London nominated December 14, 1883, to investigate the subject of myxoedema. *Trans. Clin. Soc. Lond.* 1888;(21).
53. Bettencourt-Rodrigues A-M, Serrano J-A. Un cas de myxoedème (cachexie pachydermique) traité par la greffe hypodermique du corps thyroïde d'un mouton. *Comptes Rendus de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences.* 1890;Compte Rendu de la 19ème Session, Limoges, 1890. 1891(Part. 2):683.
54. Murray GR. Note on the Treatment of Myxoedema by Hypodermic Injections of an Extract of the Thyroid Gland of a Sheep. *Br Med J.* 1891 Oct 10;2(1606):796–7.
55. Morvan A. De la parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures ou paréso-analgésie des extrémités supérieures. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* 1883;Série 2(Tome 20):580–582;590–594;624–626.
56. Morvan A. Nouveaux cas de paréso-analgésie des extrémités supérieures. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* 1886;Série 2(Tome 23):521–523;537–540;555–557.
57. Morvan A. Des arthropathies dans la paréso-analgésie. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* 1887;Série 2(Tome 24):549–53.
58. Morvan A. De la scoliose dans la paréso-analgésie. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* 1887;Série 2(Tome 24):664–6.
59. Morvan A. De l'anesthésie sous ses divers modes dans la paréso-analgésie. Cas frustrés de paréso-analgésie. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* 1889;Série 2(Tome 26):560–565;575–579.
60. Morvan A. Rétrécissement du champ visuel dans la paréso-analgésie (Maladie de Morvan). *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* 1891;Série 2(Tome 28):306–11.
61. Morvan A. De la paréso-analgésie (Maladie de Morvan) à l'état frustré. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* 1894;Série 2(Tome 31):457–62.
62. Broca A. Sur un cas de panaris analgésique (de Morvan). *Annales de dermatologie et syphiligraphie.* 1885;2ème série:282–6.
63. Prouff M. Un nouveau cas de paréso-analgésie. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* 1887;Série 2(Tome 24):249–50.
64. Hanot VC. Parésie analgésique des extrémités supérieures, consécutive à la fièvre typhoïde. *Archives générales de médecine.* 1887;Série 7(19):603–6.

65. Colleville G-H. Sur un nouveau cas de panaris analgésique. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. 1887; série 2(tome 24):344–5.
66. Schultze F. Ueber die Diagnose der Syringomyelie. *Prager medicinische Wochenschrift*. 1889;(13):45–63.
67. Walusinski O. History of the Emergence and Recognition of Syringomyelia in the 19th Century. *Vesalius*. 2012;18(2):3–19.
68. Roth W. Contribution à l'étude symptomatologique de la gliomatose médullaire communication faite au 2e Congrès des Médecins russes à Moscou (janvier 1887). Paris: Progrès médical ; Lecrosnier et Babé; 1888.
69. Oger de Spéville GC d'. Contribution à l'étude de la maladie de Morvan [Th. Ex. Med.]. [Paris]: Faculté de médecine de Paris; 1888.
70. Prouff M, Gombault A. Un cas de maladie de Morvan (panaris analgésique) suivi d'autopsie. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. 1889;Série 2(Tome 26):308–309;318–321.
71. Déjerine J. Société de biologie, compte rendu de la séance du 5 juillet 1890: Syringomyélie et maladie de Morvan. *Le mercredi médical, supplément de la gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. 1890;série 2(tome 27b):328.
72. Charcot J-M. Leçon du 28 juin 1889 - Cas de syringomyélie gliomateuse. *Leçons du Mardi à la Salpêtrière*. Paris: Progrès Médical, Lecrosnier et Babé; 1889. page 487–523.
73. Achard C. Revue générale: syringomyélie et maladie de Morvan. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. 1890 Oct 25;série 2, tome 27b(43):504–7.
74. Joffroy A, Achard C. Un cas de maladie de Morvan avec autopsie. *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*. 1890;2:540–52.
75. Charcot J-M. Leçon de mars 1891 à la Salpêtrière: Sur un cas de syringomyélie avec panaris analgésique (type Morvan). *Clinique des maladies du système nerveux. Leçons du Professeur, mémoires, notes et observations*. Veuve Babbé et Cie. Paris; 1891. page 243–56.
76. Daudet A. *La Doulou. La vie. Extraits des carnets inédits de l'auteur*. Fasquelle; 1931.
77. Doyle arthur C. An essay upon the vasomotor changes in tabes dorsalis and on the influence which is exerted by the sympathetic nervous system in that disease [Th. Ex. Med.]. University of Edinburgh; 1887.
78. Fournier A. De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (tabes spécifique): leçons cliniques professées à l'Hôpital Saint-Louis. G. Masson; 1882.
79. Raymond F. *Leçons sur les maladies du système nerveux (année 1897-1898)*. Doin; 1900.
80. Charcot J-M. Leçon du 6 dec. 1889 à la Salpêtrière: De la Maladie de Morvan. *Clinique des maladies du système nerveux. Leçons du Professeur, mémoires, notes et observations*. Veuve Babbé et Cie. Paris; 1889. page 1–28.
81. Le Gallo Y. *Lèpre et mythe de la lèpre. La santé en Bretagne*. Hervas. Paris; 1992.
82. Zambaco Pacha DA. *Voyages chez les lépreux*. G. Masson (Paris); 1891.
83. Zambaco Pacha DA. *L'Hérédité de la lèpre*. Masson (Paris); 1908.
84. Irgens LM. The discovery of the leprosy bacillus. *Tidsskr. Nor. Laegeforen*. 2002 Mar 10;122(7):708–9.
85. Zambaco Pacha DA. Lèpre anesthésique et syringomyélie. Lettre à M. le Dr G. Thibierge, médecin des hôpitaux de Paris. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. 1891;Série 2(Tome 28):196–200.
86. Zambaco Pacha DA. *Les lépreux de la Bretagne en 1892 : communication faite à l'Académie de médecine le 23 août 1892*. Paris, France: G. Masson; 1892.

87. Prouff M. Faits de maladie de Morvan. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. 1891;Série 2(Tome 28):451–4.
88. Plateau G-J. Recherches historiques et topographiques sur la lèpre en Bretagne et sur ses rapports avec le syndrome de morvan. Henri Jouve; 1904.
89. Zambaco Pacha DA. Anthologie : la lèpre à travers les siècles et les contrées. Paris: Masson; 1914.
90. Guelliot. Parésie anesthésique. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. 1883;série 2(tome 20):662–3.
91. Klekamp J. The Pathophysiology of Syringomyelia – Historical Overview and Current Concept. *Acta Neurochir (Wien)*. 2002 Jul 1;144(7):649–64.
92. Cacciola F. Syringomyélie [Internet]. Orphanet. 2007. Available from: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=3280
93. Morvan A. De l'onyxis malin et de son traitement par l'iodoforme. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. 1888;1888, Série 2(Tome 25):365–368;377–380.
94. Wardrop J. An Account of some Diseases of the Toes and Fingers; with observations on their Treatment. *Med Chir Trans*. 1814;5:129–456.7.
95. Dupuytren G, Boismont A-J-FB de, Paillard A. Leçons orales de clinique chirurgicale faites a l'hôtel-Dieu de Paris. Paris: Baillière; 1839.
96. Bouis O. De la dactylite unguéale scrofuleuse chez les enfants. Université de Paris (1215-1793). Faculté de médecine; 1883.
97. Serullas G-S. Notes sur l'hydriodate de potasse et l'acide hydriodique. Hydriodure de carbone, moyen d'obtenir à l'instant, ce composé triple. Metz: impr. de Antoine; 1822.
98. Danse de Saint Guy [Internet]. Le dictionnaire des expressions françaises décortiquées. [cited 2012 Jun 15]. Available from: <http://www.expressio.fr/expressions/la-danse-de-saint-guy.php>
99. Perleman R. Chorée de Sydenham. Pédiatrie pratique. 2e édition. Paris: Maloine; 1990.
100. Marie P. "Paramyoclonus multiplex" (étude d'une variété de secousses musculaires jusqu'à présent non décrite en France,) par P. Marie,... A. Delahaye et E. Lecrosnier (Paris); 1886.
101. Delamare J, Delamare F, Gélis-Malville É. Paramyoclonus Multiplex. Dictionnaire Illustré des Termes de Médecine. Maloine; 2006.
102. Chorée fibrillaire (de Morvan). *Traité de médecine*. Paris: G. Masson; 1894. page 1266–7.
103. Krebs E. Essai sur les caractères intrinsèques des secousses musculaires et des mouvements involontaires rythmés observés au cours de l'encéphalite épidémique. Paris: Jouve; 1922.
104. Mollaret P, Guillaumin G. Un cas de chorée fibrillaire de Morvan. *Rev Neurol (Paris)*. 1930 Nov;Tome II(5):552–7.
105. Colin M, Dutil M. Un cas d'ophtalmie sympathique grave, suivi à la fin du traitement d'un syndrome spinal singulier (algies et contractions fibrillaires violentes) et terminé après quelques semaines de durée par guérison complète. *Rev. Oto-Neuro-Opht*. 1932;425–31.
106. Serratrice G, Azulay JP. Que reste t-il de la chorée fibrillaire de Morvan? *Rev. Neurol. (Paris)*. 1994;150(4):257–65.
107. Chavany J-A, Chaignot A. Contribution à l'étude des accidents nerveux de la chrysothérapie; syndrome douloureux, anxieux et insomniaque avec présence de secousses fibrillaires à peu près généralisées. *Presse Médicale*. 1934 Mar 24;(24):478–80.
108. Roger H, Pekelis E, Alliez J. La chorée fibrillaire de Morvan. Sa localisation au niveau des centres neurovégétatifs de la base. Ses relations avec l'acrodynie infantile. *Rev Neurol (Paris)*. 1934 Fev;Tome I(2):248–55.

109. Coirault M-P. La Chorée fibrillaire de Morvan, forme myoclonique d'acrodynie... [Th. Ex. Med.]. 1946.
110. Serratrice G. La chorée fibrillaire de Morvan, ses rapports avec l'acrodynie. *La santé en Bretagne*. Hervas. 1992. page 309–11.
111. Roger H, Alliez J, Roger J. La chorée fibrillaire de Morvan. Bilan de 70 observations dont 30 personnelles. *Rev Neurol (Paris)*. 1953;(88):164–73.
112. Walusinski O, Honnorat J. Augustin Morvan (1819-1897), a little-known rural physician and neurologist. *Rev Neurol (Paris)*. 2013;169(1).
113. Lagueny A. Syndrome d'activité continue des fibres musculaires et hyperexcitabilité nerveuse périphérique. *La Lettre du Neurologue*. 2006 Apr 4;148–9.
114. Isaacs H. A syndrom of continuous muscle-fiber activity. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1961 Nov;24(4):319–25.
115. Mertens H-G, Zschocke S. Neuromyotonie. *Klinische Wochenschrift*. 1965 Sep;43(17):917–25.
116. Serratrice G, Azulay J-P, Serratrice J, Attarian S. De la maladie de Morvan aux canalopathies potassiques. *Bull. Acad. Natl. Med.* 2004;188(2):233–244; discussion 244–245.
117. Newsom-Davis J, Mills KR. Immunological associations of acquired neuromyotonia (Isaacs' syndrome). Report of five cases and literature review. *Brain*. 1993 Apr;116 (Pt 2):453–69.
118. Sinha S, Newsom-Davis J, Mills K, Byrne N, Lang B, Vincent A. Autoimmune aetiology for acquired neuromyotonia (Isaacs' syndrome). *Lancet*. 1991 Jul 13;338(8759):75–7.
119. Halbach M, Hömberg V, Freund HJ. Neuromuscular, autonomic and central cholinergic hyperactivity associated with thymoma and acetylcholine receptor-binding antibody. *J. Neurol*. 1987 Aug;234(6):433–6.
120. Nagashima T, Kamegai M, Hirose K, Yamada K, Uono M, Tsubaki T, et al. Creatine kinase (CK)-linked IgA in Isaacs' syndrome. An immune complex disease? *J. Neurol. Sci.* 1985 Mar;67(3):269–76.
121. Sonoda Y, Arimura K, Kurono A, Suehara M, Kameyama M, Minato S, et al. Serum of Isaacs' syndrome suppresses potassium channels in PC-12 cell lines. *Muscle Nerve*. 1996 Nov;19(11):1439–46.
122. Barber PA, Anderson NE, Vincent A. Morvan's syndrome associated with voltage-gated K⁺ channel antibodies. *Neurology*. 2000 Feb 8;54(3):771–2.
123. Liguori R, Vincent A, Clover L, Avoni P, Plazzi G, Cortelli P, et al. Morvan's syndrome: peripheral and central nervous system and cardiac involvement with antibodies to voltage-gated potassium channels. *Brain*. 2001 Dec;124(Pt 12):2417–26.
124. Buckley C, Oger J, Clover L, Tüzün E, Carpenter K, Jackson M, et al. Potassium channel antibodies in two patients with reversible limbic encephalitis. *Annals of Neurology*. 2001 Jul;50(1):73–8.
125. Serratrice G, Pellissier J-F, Serra-Trice J, Weiller P-J. Les canalopathies potassique, autour du syndrome de Morvan. *Bull. Acad. Natl. Med.* 2010 Feb;194(2):391–406; discussion 406–407.
126. Lai M, Huijbers MG, Lancaster E, Graus F, Bataller L, Balice-Gordon R, et al. Investigation of LGI1 as the antigen in limbic encephalitis previously attributed to potassium channels: a case series. *The Lancet Neurology*. 2010 Aug;9(8):776–85.
127. LEUCINE-RICH GENE, GLIOMA-INACTIVATED, 1; LGI1 [Internet]. (ONIM) Online Mendelian Inheritance in Man - John Hopkins University. 2012. Available from: <http://omim.org/entry/604619>
128. CONTACTIN-ASSOCIATED PROTEIN-LIKE 2; CNTNAP2 [Internet]. (ONIM) Online Mendelian Inheritance in Man - John Hopkins University. Available from: <http://omim.org/entry/604569>

129. Irani SR, Alexander S, Waters P, Kleopa KA, Pettingill P, Zuliani L, et al. Antibodies to Kv1 potassium channel-complex proteins leucine-rich, glioma inactivated 1 protein and contactin-associated protein-2 in limbic encephalitis, Morvan's syndrome and acquired neuromyotonia. *Brain*. 2010 Sep;133(9):2734–48.
130. Serratrice G, Serratrice J. Continuous muscle activity, Morvan's syndrome and limbic encephalitis: ionic or non ionic disorders? *Acta Myol*. 2011 Jul;30(1):32–3.
131. Loukaides P, Schiza N, Pettingill P, Palazis L, Vounou E, Vincent A, et al. Morvan's syndrome associated with antibodies to multiple components of the voltage-gated potassium channel complex. *Journal of the Neurological Sciences*. 2012 Jan;312(1-2):52–6.
132. Zuliani L, Graus F, Giometto B, Bien C, Vincent A. Central nervous system neuronal surface antibody associated syndromes: review and guidelines for recognition. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2012 Jun;83(6):638–45.
133. Fischer-Perroudon C, Mouret J, Jouvet M. One case of agrypnia (4 months without sleep) in a morvan disease. Favourable action of 5-hydroxytryptophane. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*. 1974;36(0):1–18.
134. Irani SR, Pettingill P, Kleopa KA, Schiza N, Waters P, Mazia C, et al. Morvan syndrome: Clinical and serological observations in 29 cases. *Annals of Neurology*. 2012;72(2):241–55.
135. Jaben EA, Winters JL. Plasma exchange as a therapeutic option in patients with neurologic symptoms due to antibodies to voltage-gated potassium channels: A report of five cases and review of the literature. *Journal of Clinical Apheresis*. 2012 Apr 24;
136. Vincent A, Buckley C, Schott JM, Baker I, Dewar B-K, Detert N, et al. Potassium channel antibody-associated encephalopathy: a potentially immunotherapy-responsive form of limbic encephalitis. *Brain*. 2004 Mar;127(Pt 3):701–12.
137. Becker EBE, Zuliani L, Pettingill R, Lang B, Waters P, Dulneva A, et al. Contactin-associated protein-2 antibodies in non-paraneoplastic cerebellar ataxia. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr*. 2012 Apr;83(4):437–40.
138. Irani SR, Buckley C, Vincent A, Cockerell OC, Rudge P, Johnson MR, et al. Immunotherapy-responsive seizure-like episodes with potassium channel antibodies. *Neurology*. 2008 Nov 11;71(20):1647–8.
139. Johnson JN, Hofman N, Haglund CM, Cascino GD, Wilde AAM, Ackerman MJ. Identification of a possible pathogenic link between congenital long QT syndrome and epilepsy. *Neurology*. 2009 Jan 20;72(3):224–31.
140. Les obsèques du docteur Morvan. *La dépêche de Brest*. 1897 Mar 23;
141. Mort de M. le docteur Morvan. *Le courrier du Finistère*. 1897 Mar 20;
142. La plaque apposée à sa mémoire sur le domicile du Dr Auguste Morvan de Lannilis, a été inaugurée hier. *Ouest-France*. Brest. 1951 Aug 27;
143. Klein J. 55 ans après sa mort... Lannilis célèbrera demain la mémoire du Dr Augustin Morvan, grand savant et amis des humbles. *Le Télégramme*. Brest. 1952 Aug 25;
144. Jégo A. Histoire des hôpitaux civils de Brest [Th. Ex. Med.]. Univ. Nantes; 1968.
145. Jégo-Avry C. Les hospices civils de Brest (2). *Pulsations, journal d'information du CHU de Brest*. 2003 Oct;(34).
146. Jégo-Avry C. L'ouverture de l'hôpital Morvan. *Pulsations, journal d'information du CHU de Brest*. 2004 Jan;35:5–7.
147. L'inauguration du centre hospitalier Augustin Morvan. *Le Télégramme*. Brest. 1953 Sep 3;
148. Brest ne bénéficiera pas cette année de crédits hospitaliers. *Ouest-France*. Brest. 1953 Sep 3;

149. Céline L-F. La Vie et l'oeuvre de Philippe Ignace Semmelweis (1818-1865): Thèse pour le doctorat en médecine (diplôme d'État). impr. Francis Simon; 1924.
150. Céline L-F. Histoire du petit Mouck. Monaco; Paris: Éd. du Rocher; 1997.
151. Vitoux F. La vie de Céline. Paris: B. Grasset; 1988.
152. Alliot D. D'un Céline l'autre. Robert Laffont; 2011.
153. Coquet J. La fille de Céline vivait à Lannilis. Ouest-France. 2011 May 13;
154. Bossard A. Lannilis coeur des abers. Lannilis: s.n; 1985.
155. Pecker J, Faivre J, Avril J-L. La santé en Bretagne. Hervas; 1992.

TABLE DES FIGURES ET NOTICES DE COPYRIGHT

Les illustrations décrites *en italique* ont été supprimées de la version publique de ce document pour raison de copyright. La plupart de ces œuvres protégées peuvent être tout de même consultées en ligne en suivant le lien indiqué. Le texte complet en français des licences Créative Commons citées ci dessous peut être consulté sur le site internet <http://creativecommons.fr/licences/les-6-licences/>



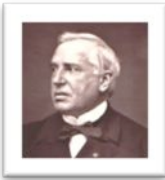
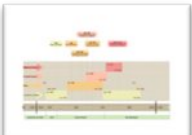


Illus. Couv.		<p>Photographie sépia : Portrait d'Augustin Morvan. Année inconnue, auteur inconnu.</p> <p>Œuvre supposée du domaine public vu l'ancienneté de la photographie (vers 1860-70).</p>
Figure 1		<p><i>Costumes du service de santé de la Marine par Goichon.</i></p> <p><i>De gauche à droite :</i></p> <p><i>Pharmacien de deuxième classe, petite tenue, 1840</i></p> <p><i>Chirurgien de première classe, redingote, 1849</i></p> <p><i>Chirurgien de première classe, grande tenue, 1823</i></p> <p><i>Médecin professeur, tenue facultative, 1849</i></p> <p><i>Illustration conservée au musée de la Marine, Paris.</i></p> <p><i>Copyright musée de la marine, Paris</i></p>
Figure 2		<p>Portrait d'Auguste Nélaton. Publié dans Lacroix, Galerie contemporaine des illustrations françaises, 1890. Auteur : Pierre Petit.</p> <p>Licence d'utilisation : domaine public</p> 
Figure 3		<p>Frise chronologique. Carrière politique d'Augustin Morvan.</p> <p>Infographie réalisée par Florian Le Gall, 2012</p> <p>Licence d'utilisation Creative Commons 3.0</p> 
Figure 4		<p><i>Poteries de Lanveur. Lannilis, France. XXème siècle. Patrimoine des communes de France. Copyright Topic-Topos 2006-2012 Trigris/Flohic édition.</i></p> <p><i>Peut être consultée sur http://fr.topic-topos.com/poteries-de-lanveur-lannilis [lien consulté le 07/01/2013].</i></p>

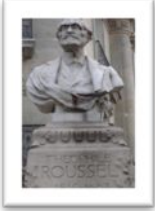





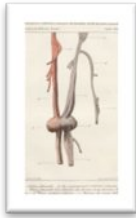


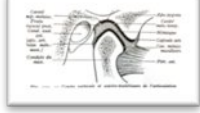
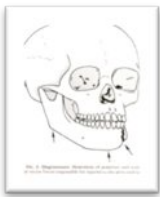


Figure 5		<p>Buste représentant Théophile Roussel (1816-1903), par Jean-Baptiste Champeil. 1906. Carrefour Denfert-Rochereau-Observatoire, Paris, 14e arrondissement – Photographie par Lionel Allorge, 2007</p> <p>Licence d'utilisation Creative Commons 3.0</p> 
Figure 6		<p>Frise chronologique : publications scientifiques d'Augustin Morvan – Infographie réalisée par Florian Le Gall, 2012</p> <p>Licence d'utilisation Creative Commons 3.0</p> 
Figure 7		<p>Reproduction de la première de couverture de la thèse de médecine d'Augustin Morvan, 1848.</p> <p>Licence d'utilisation : domaine public.</p> 
Figure 8		<p>Anévrysme artérioso-veineux de l'artère et de la veine crurales – Reproduction d'après <i>Archives de médecine navale</i>, 1882, n° 38 – Paris : éd. Octave Doin</p> <p>© BIU Santé (Paris). Autorisation de reproduction non commerciale accordée par Estelle Lambert, conservatrice.</p>
Figure 10		<p>Articulation of the mandible, lateral aspect – Reproduction d'après <i>Gray's Anatomy of the human body</i>, 20th edition</p> <p>Licence d'utilisation : domaine public</p> 
Figure 10		<p><i>Coupe verticale et antéro-postérieure de l'articulation temporo-mandibulaire. Reproduction d'après Rouvière & Delmas in Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle, tome 2 (tête et cou)</i></p> <p>Copyright Editions Masson</p>
Figure 11		<p><i>Mécanisme des traumatismes de l'articulation temporo-mandibulaire. Reproduction d'après Rappaport in Injury to the glenoid fossa. Plast. Reconstr. Surg. 1986 Feb;77(2):304–8.</i></p> <p>Copyright Rappaport 1986</p>
Figure 12		<p>Auguste Nélaton au chevet de Giuseppe Garibaldi. Auteur inconnu, U.S. National Library of Medicine</p> <p>Licence d'utilisation : domaine public</p> <p>http://ihm.nlm.nih.gov/images/B12654</p> 
Table 1		<p>Symptômes de l'hypothyroïdie. Données d'après Zulewski et al. (1997)</p> <p>Infographie réalisée par Florian Le Gall, 2012</p>











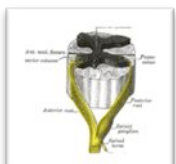

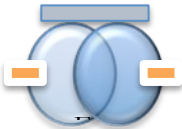




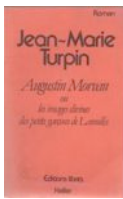


Figure 13		General Faradisation – d'après <i>A treatise on medical electricity</i> , Julius Althaus (Longman London 1873) - page 394 – Wellcome Library, London Licence Creative Commons 2.0 
Figure 14		Aspect des doigts dans un cas de maladie de Morvan, G. Guinon et A. Dutil – Deux cas de maladie de Morvan In <i>Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière (1890) Tome III, pp. 1-15</i> Source : bibliothèque de l'UMPC Jussieu Licence d'utilisation : libre, non commerciale
Figure 15		Demyelination of the posterior columns of the spinal cord known as "Tabes Dorsalis" – Center for Disease Control, Public Health Image Library #2345 – CDC/S. Lindsley, 1971  Licence d'utilisation : domaine public
Figure 16		Portrait de Démétrius Alexandre Zambaco-Pacha, date inconnue, auteur inconnu. © coll. Académie de Médecine, Autorisation de reproduction non commerciale accordée par Damien Blanchard, conservateur adjoint.
Figure 17		Répartition géographique des cas de maladie de Morvan recensés par A. Morvan (en bleu) et M. Prouff (en rouge) au XIXème siècle en Finistère nord. Infographie réalisée par Florian Le Gall, fond de carte © google maps 2012.
Figure 18		<i>Onyxis syphilitique – Musée des moulages de l'hôpital Saint-Louis (AP-HP) - Hillairet 1877 - Main droite, face dorsale - Collection générale n° 506, vitrine 68 : Syphilides tertiaires</i> © Coll. Musée des moulages de l'Hôpital Saint-Louis (AP-HP) http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/image?STLCGE00506
Figure 19		Triiodomethane (iodoform) – Source Wikimedia Commons – Auteur : Opotan, 5 sept. 2011 Licence d'utilisation Creative Commons 3.0 
Figure 20		A spinal nerve with its anterior and posterior roots. Reproduction d'après <i>Gray's Anatomy of the human body, 20th edition</i> . Licence d'utilisation : domaine public 
Table 2		Caractères cliniques et paracliniques du syndrome de Morvan, d'après Irani <i>et al</i> , 2012
Table 3		Proposition de classement des syndromes synaptiques auto-immuns. Infographie réalisée par Florian Le Gall, 2012

Figure 21		<p>Le syndrome de Morvan au sein des syndromes synaptiques auto-immuns.</p> <p>Infographie réalisée par Florian Le Gall, 2012</p> <p>Licence d'utilisation Creative Commons 3.0</p> 
Figure 22		<p><i>Hôpital Morvan après-guerre, vue aérienne, conservé au Centre d'information et de documentation du patrimoine, Rennes (CID).</i></p> <p>Source probable : archives BAN Lanvéoc-Poulmic</p> <p>©CID</p>
Figure 23		<p>Mariage de Louis Destouches et Edith Follet, le 10 août 1919 à Quintin – Source inconnue.</p>
Figure 24		<p><i>Page de couverture du Roman Mort d'un médecin par G. Desse.</i></p> <p>ISBN 2710314851</p> <p>© 1957, éditions de la table ronde</p>
Figure 25		<p><i>Page de couverture du Roman Augustin Morvan ou les images divines des petits garçons de Lannilis par Jean-Marie Turpin</i></p> <p>ISBN 2862970174</p> <p>© 1979, éditions Libres-Hallier</p>
Annexe 1		<p>Reproduction des bulletins de naissance et de décès d'Augustin Morvan conservés à la bibliothèque de l'Académie nationale de Médecine.</p>
Annexe 2		<p>Tableau : Liste des publications scientifiques d'Augustin Morvan.</p>
Annexe 3		<p>Arbre généalogique sélectif d'Augustin Morvan illustrant sa descendance commune avec Louis-Ferdinand Destouches dit Céline. Données d'après geneanet.org.</p> <p>Infographie réalisée par Florian Le Gall, 2012</p>

ANNEXES

Annexe 1 – Bulletins de naissance et de décès d'Augustin Morvan

DÉPARTEMENT
FINISTÈRE
 ARRONDISSEMENT
Brest
 COMMUNE
LANNILIS
 N° du Registre
10

BULLETIN DE NAISSANCE

Du Registre des actes de l'Etat civil de la commune, il appert que :
 Le *sept février mil huit cent dix neuf* est né en cette commune
Augustin Marie Morvan fils
 de *Jean Morvan*
 et de *Louise Marie Prudence Bloch*
 Mentions marginales. —

Pour Extraits conformes
 Délivré sur papier libre à titre de simple renseignement administratif.
le Trente Décembre 1900
 Le Maire

Mors 243 (8 7-33) Velle 170 C 8
 IMP. ALLAIN - MARTEL

DÉPARTEMENT
 DE
FINISTÈRE
 ARRONDISSEMENT
 DE
BREST
 N° du Registre
21

COMMUNE DE LANNILIS
BULLETIN DE DÉCÈS

Du registre aux actes de l'Etat civil de la commune, il appert que :
Augustin Marie Morvan, docteur en médecine
Chevalier de la Légion d'honneur
 fils de *Jean Morvan*
 et de *Louise Marie Prudence Bloch, épouse d'icelui*
 (1) *veuf de Marie Laurence Rosalie Kersaudy*
 est décédé en ladite commune le *20 mars 1897*

(1) Célibataire...
 Époux de...
 Veuf de...
 Divorcé d'avec
 (suivant le cas)

POUR EXTRAITS CONFORMES :
 Délivré sur papier libre à titre de renseignement administratif.
 A Lannilis, *le 30 Décembre* 1900
 Le Maire

LE GRAND & TROUWEN, 52, r. d'Alsace, BREST

Annexe 2 – Travaux scientifiques d'Augustin Morvan

De l'anévrysme variqueux

Thèse d'exercice de médecine, Faculté de médecine de Paris, n°41, 1847.
<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medical/cote?TPAR1847x041>

Du saignement de l'oreille, à la suite de violences sur le menton

Archives générales de médecine, vol. Série 5, no. 8, pp. 657–668, Paris : Labé ; Panckoucke, 1856.
<http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/index.las?cote=90165x1856x08&do=chapitre>

De la fracture de la cavité glénoïde du temporal, à la suite de violences sur le menton

Archives générales de médecine, vol. Série 5, no. 12, pp. 278–290, Paris : Labé ; Panckoucke, 1858.
<http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/index.las?cote=90165x1858x12&do=chapitre>

Contribution à l'étude du myxoedème. Du myxoedème en basse Bretagne

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, série 2, tome 18, pp. 552–555, 567–570, 583–588, 600–602, Paris : G. Masson, 1881.
<http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/index.las?cote=90166x1881x18&do=chapitre>

De la parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures ou paréso-analgésie des extrémités supérieures

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, Série 2, Tome 20, pp. 580–582, 590–594, 624–626, Paris : G. Masson, 1883.
<http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/index.las?cote=90166x1883x20&do=chapitre>

Nouveaux cas de paréso-analgésie des extrémités supérieures

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, Série 2, Tome 23, pp. 521–523, 537–540, 555–557, Paris : G. Masson, 1886.
<http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/index.las?cote=90166x1886x23&do=chapitre>

Des arthropathies dans la paréso-analgésie

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, Série 2, Tome 24, pp. 549–553, Paris : G. Masson, 1887.
<http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/index.las?cote=90166x1887x24&do=chapitre>

De la scoliose dans la paréso-analgésie

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, Série 2, Tome 24, pp. 664–666, Paris : G. Masson, 1887.
<http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/index.las?cote=90166x1887x24&do=chapitre>

De l'onyxis malin et de son traitement par l'iodoforme

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, Série 2, Tome 25, pp. 365–368, 377–380, Paris : G. Masson, 1888.
<http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/index.las?cote=90166x1888x25&do=chapitre>

De l'anesthésie sous ses divers modes dans la paréso-analgésie. Cas frustrés de paréso-analgésie

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, Série 2, Tome 26, pp. 560–565, 575–579, Paris : G. Masson, 1889.
<http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/index.las?cote=90166x1889x26&do=chapitre>

De la chorée fibrillaire

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, Série 2, Tome 27b, pp. 173–176, 186–189, 200–202, Paris : G. Masson, 1890.
<http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/index.las?cote=90166x1890x27&do=chapitre>

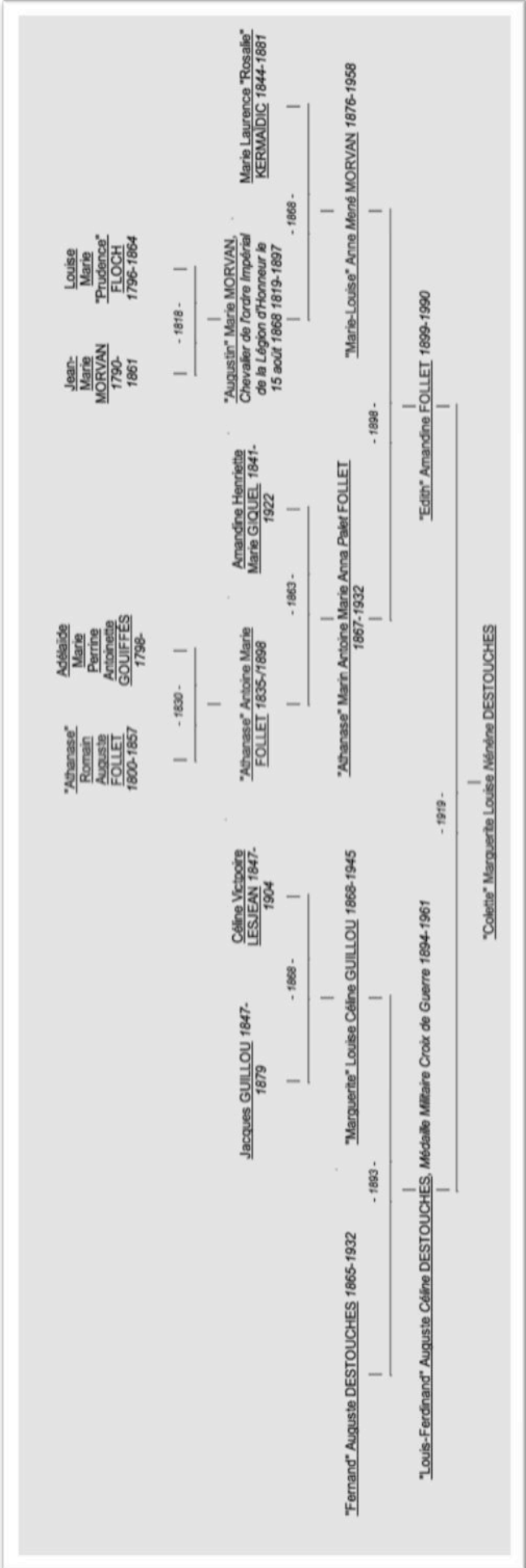
Rétrécissement du champ visuel dans la paréso-analgésie (Maladie de Morvan)

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie – Le mercredi médical, Série 2, Tome 28, pp. 306–311, Paris : G. Masson, 1891.
<http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/index.las?cote=90166x1891x28&do=chapitre>

De la paréso-analgésie (Maladie de Morvan) à l'état frustré

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie – Le mercredi médical, Série 2, Tome 31, pp. 457–462, Paris : G. Masson, 1894.
<http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/?cote=90166x1894x31&do=chapitre>

Annexe 3 – Arbre Généalogique



Arbre généalogique sélectif d'Augustin Morvan illustrant sa descendance commune avec Louis Ferdinand Destouches dit Céline, d'après geneanet.org

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Médecine

AUTORISATION D'IMPRIMER

Présentée par Monsieur le Professeur Fabien Zagnoli

Titre de la thèse La vie et l'oeuvre scientifique d'Augustin Morvan, médecin de
..... campagne à Lannilis au XIX^e siècle

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE :

☒ OUI...

☐ NON...


En foi de quoi la présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à

M Florian Le Gall

Fait à BREST, le 7/2/2013

VISA du Doyen de la faculté
A BREST, le 7/02/2013

Le Doyen,



Le Président du Jury de Thèse,



Centre Hospitalier Universitaire de Brest
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
ET TRAUMATOLOGIE
Professeur Dominique LE NEN

LE GALL (Florian) – **La vie et l'œuvre scientifique d'Augustin Morvan, médecin de campagne à Lannilis au XIX^e siècle** Th. Ex. Méd. Brest 2013 (145p. 25 Fig. 3 Tab. 3 Ann.)

The life and scientific discoveries of Augustin Morvan, rural physician in Lannilis (France) in the nineteenth century

RÉSUMÉ : Le docteur Augustin Marie Morvan (1819-1897) de Lannilis fit le choix de pratiquer la médecine parmi les siens dans la campagne de basse Bretagne, quand ses diplômes et sa renommée lui auraient permis d'envisager un plus confortable exercice urbain. Engagé pour le développement de la santé publique et dans la lutte contre l'indigence, Augustin Morvan fut également un homme politique : Maire et conseiller général sous le Second Empire puis député républicain sous la Troisième République. Il fut enfin un scientifique accompli qui, malgré son éloignement de la capitale, publia de nombreux articles dans les revues médicales de l'époque. Deux maladies portent son nom : le panaris analgésique de Morvan ou maladie de Morvan, forme rare de syringomyélie ; la chorée fibrillaire de Morvan ou syndrome de Morvan, maladie synaptique auto-immune voisine des neuromyotonies se manifestant par des myokymies ainsi que par une atteinte du système nerveux central. Ce travail de thèse consiste en une biographie du docteur Morvan, particulièrement centrée sur ses contributions scientifiques et sur son projet politique en faveur de la santé publique, placés dans le contexte historique et scientifique de l'époque, tout en y apportant le regard d'un observateur contemporain.

ABSTRACT: *Augustin Marie Morvan, M.D. (1819-1897), born in Lannilis (France), chose to practice medicine in a poor rural area among his own people, even though his titles and reputation could have made him a rich man in the city. He was an early activist in favour of a public healthcare system and stood in support of the impoverished on many occasions. Having first been elected mayor of his village and member of various local assemblies under the Second Empire, he was eventually elected as a left-wing member of the French Parliament under the Third Republic. He also was an accomplished scientist in spite of practicing far from Paris and the academic community. Two diseases are named after him: Morvan's disease is thought to be a rare form of syringomyelia combining analgesic paresis and multiple paronychiaes whereas Morvan's fibrillary chorea (a.k.a. Morvan's syndrome) is an autoimmune disease targeting hippocampus and the neuromuscular junction and is primarily characterized by myokymia and central nervous system manifestations. This dissertation consists of a biography of Augustin Morvan, especially focused on his scientific work and his political commitment to public health and healthcare through the nineteenth century historical and scientific context, as viewed through the eyes of a contemporary observer.*

MOTS CLÉS : Augustin (Marie) Morvan, Histoire de la médecine au XIX^e siècle, Lannilis (France), Député de la Troisième République, Maladie de Morvan, Panaris analgésique de Morvan, Paréso-analgésie de Morvan, Syringomyélie, Syndrome de Morvan, Chorée fibrillaire de Morvan, Neuromyotonie, Syndromes synaptiques auto-immuns, Myxœdème, Hypothyroïdie.

KEYWORDS : *Augustin (Marie) Morvan, History of medicine in the nineteenth century, Lannilis (France), member of the French Parliament under the Third Republic, Morvan's Disease, Morvan's analgesic paronychiaes, Syringomyelia, Morvan's Syndrome, Morvan's fibrillary chorea, Myokymia, Neuromyotonia, Central nervous system neuronal surface antibody associated syndromes, Myxoedema, Hypothyroidism.*

JURY :

Président :	Monsieur le Professeur Le Nen
Membres du jury :	Monsieur le Professeur Cénac
	Monsieur le Professeur Zagnoli (directeur de thèse)
	Monsieur le Docteur L'Hévéder

DATE DE SOUTENANCE : 26 février 2013

ADRESSE DE L'AUTEUR : Florian Le Gall
44, rue de Goarem Goz
29470 Plougastel-Daoulas (France)
florian.le.gall@gmail.com